



Universidade do Minho
Escola de Economia e Gestão

Daniela Maria da Costa Balbeira

O Empenhamento dos Enfermeiros Hospitalares em Funções Não Clínicas



Universidade do Minho

Escola de Economia e Gestão

Daniela Maria da Costa Balbeira

O Empenhamento dos Enfermeiros Hospitalares em Funções Não Clínicas

Dissertação de Mestrado
Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde

Trabalho realizado sob a orientação da
Professora Doutora Ana Paula Ferreira

Nome: Daniela Maria da Costa Balbeira

Endereço Eletrónico: danielabalbeira@gmail.com

Nº Cartão Cidadão: 10974454

Título da Dissertação de Mestrado: O Empenhamento dos Enfermeiros
Hospitalares em Funções Não Clínicas.

Orientador: Professora Doutora Ana Paula Ferreira

Ano de Conclusão: 2013

Designação do Mestrado: Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde

Para os devidos efeitos declaro que:

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA DISSERTAÇÃO
APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO
ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.

Universidade do Minho, 16.12.2013

Assinatura:

Agradecimentos

À minha orientadora, Professora Doutora Ana Paula Ferreira, pelo acompanhamento, incentivo e disponibilidade durante estes longos meses.

Aos meus pais, pelo apoio incondicional.

Ao **Horácio**, à **Catarina** e ao **Francisco**, as razões de tudo na minha vida.

Resumo

Estuda-se, neste trabalho, o conceito de empenhamento na vertente tão específica das funções não clínicas dos enfermeiros hospitalares. Tendo em consideração o peso crescente desta vertente das funções dos enfermeiros dentro das organizações - várias delas com carácter obrigatório e consagradas em legislação própria - e o quanto elas representam em termos de gastos, torna-se fundamental, do ponto de vista da gestão, perceber como estes gastos podem ser geridos de forma mais criteriosa e eficiente, sob pena de contribuirmos para o crescente desperdício, tão característico da gestão pública.

São várias as referências ao empenhamento como sendo um conceito com implicações nos comportamentos de cidadania organizacional, no absentismo, no turnover, na pontualidade, na aceitação das mudanças e até mesmo no desempenho (O'Reilly e Chatman, 1986, cit. por Meyer e Allen, 1997). Isto reforça a importância do seu estudo, caso entendamos as funções não clínicas dos enfermeiros como aquele “algo mais”, ainda que obrigatório, que por vezes é pedido aos colaboradores pelas próprias organizações.

O trabalho realizado centra-se na perspetiva de Meyer e Allen (1991) que defende uma visão tridimensional para o conceito de empenhamento.

A literatura apresenta-nos já vários estudos sobre a problemática do empenhamento na classe profissional dos enfermeiros (e.g. Carvalho, 2012; Duarte, 2011; Ferreira, 2008; Batista *et al.*, 2005; Kirpal, 2004), contudo a vertente específica da área não clínica, não foi ainda alvo de aprofundado estudo, podendo este trabalho ser um incentivo para o desenvolvimento de trabalhos futuros.

É um estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa com recurso a entrevista semiestruturada. A população estudada é constituída por uma amostra de 13 enfermeiros de um Centro Hospitalar, EPE da região Norte de Portugal.

Os principais resultados indicam que os enfermeiros apresentam elevados níveis de empenhamento nas funções não clínicas que desempenham, revelando essencialmente características da dimensão afetiva.

Abstract

In this work, the concept of engagement in non-clinical functions of hospital nurses is studied. Considering the growing importance of this aspect for nurses within organizations - many of those functions are mandatory and enshrined in legislation - and how much it represents in terms of spending, it is crucial, from a management perspective, to understand how these costs can be more carefully and efficiently managed, under the penalty of contributing to the growing waste, so characteristic of public management. There are several references to the implications of commitment in organizational citizenship behaviors, absenteeism, turnover, punctuality, acceptance of change, even in performance (O'Reilly and Chatman, 1986, cit. Meyer and Allen, 1997). This reinforces the importance of its study, especially if we understand the non-clinical roles of nurses as that "something more", although sometimes mandatory, that is requested to employees by their employers.

The present work focuses on of the model of Meyer and Allen (1991) that proposes a three dimensional view of organizational commitment. Literature presents us a significant number of studies about commitment in nurses (eg Carvalho, 2012; Duarte 2011; Ferreira, 2008; Batista *et al.*, 2005; Kirpal, 2004) , but the specific aspect of the nonclinical area, has not yet been the subject of extensive research . As such, this work may be an incentive for the development of future research. It is a descriptive, exploratory study with a qualitative approach, using semi - structured interviews. The study's population is investigated with a sample of 13 nurses in a Hospital, of northern Portugal. The main results indicate that nurses have high levels of engagement in the non-clinical roles they play, revealing characteristics of the affective dimension of commitment.

Abreviaturas e Siglas

CCI- Comissão de Controlo de Infeção

CIT- Contrato individual de trabalho

CLE – Curso de Licenciatura em Enfermagem

CG – Clinical Governance

CTFP- Contrato de trabalho em funções públicas

DGS – Direção Geral de Saúde

D. R. – Diário da Republica

EGA – Equipa de Gestão de Altas

EPE – Entidade Publica Empresarial

GTQ – Grupo Transversal da Qualidade

IACS – Infeção associada aos cuidados de saúde

NHS – National Health System

PNCI – Plano Nacional de Controlo de Infeção Associada aos Cuidados em Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SCD/E – Sistema de Classificação de Doentes/ Enfermeiros

VS – versus

Índice Geral

Agradecimentos	iii
Resumo	v
Abstract	vii
Abreviaturas e Siglas	ix
Índice de Quadros e Figuras	xiii
1. Introdução	15
1.1. Contextualização do Estudo	16
1.2. Questões de Investigação	20
1.3. Organização da Dissertação	22
2. O Empenhamento em Contexto de Trabalho	23
2.1. Empenhamento Organizacional: Modelos e Teorias	23
2.2. Antecedentes do empenhamento	25
2.3. Consequências do empenhamento	32
2.4. Focos do Empenhamento	34
3. Metodologia de Investigação	38
3.1. Tipo de Estudo	38
3.2. Amostra	39
3.3. Instrumento de Recolha de Dados	40
4. Resultados do Estudo: Apresentação e Discussão	41
4.1. Introdução	41
4.2. Caracterização da amostra	41
4.3. Apresentação e Discussão de Resultados	43
4.3.1. Área temática I – Ligação à organização	43
4.3.2. Área temática II- Expetativas para o desempenho das funções não clínicas	48
4.3.3. Área temática III- Empenhamento em funções não clínicas	55
4.3.4. Área temática IV- Gestão de expectativas futuras	64
5. Conclusões e Sugestões	67
5.1. Principais conclusões e Contributos do Estudo	67
5.2. Limitações e Sugestões de Investigação	73
Referências Bibliográficas	75
Anexos	82

Índice de Quadros e Figuras

Quadro 1. As três componentes do Modelo Tridimensional de Meyer e Allen

Quadro 2. Correlações tendenciais entre o empenhamento organizacional e variáveis antecedentes

Quadro 3. Caracterização socioprofissional dos entrevistados

Quadro 4. Ligação à organização

Quadro 5. Gestão de expectativas para o desempenho de funções não clínicas

Quadro 6. Recompensas pelo exercício de funções não clínicas

Quadro 7. Descrição do empenhamento em funções não clínicas

Quadro 8. Classificação funções clínicas/ funções não clínicas

Quadro 9. Reconhecimento de funções não clínicas como trabalho de enfermagem

Quadro 10. Antecedentes do empenhamento

Quadro 11. Desejo de dedicação exclusiva vs. desejo de abandono das funções não clínica

1. Introdução

Nos últimos anos, Portugal tem assistido a profundas mudanças na gestão do setor público e empresarial do estado. O país encontra-se sob intervenção financeira internacional desde 2011, tendo sido obrigado a profundas alterações na gestão dos seus recursos de modo a cumprir as metas orçamentais acordadas com os seus credores.

Os custos com os recursos humanos representam atualmente uma fatia importante da despesa pública portuguesa. O setor da saúde não é exceção. Os hospitais públicos, atualmente esmagadoramente com personalidade jurídica de Entidade Pública Empresarial (ERS, 2011), procuram à semelhança de outros setores, aplicar os princípios da Nova Gestão Pública, com critérios de rigor de gestão em todas as áreas, nomeadamente na gestão dos recursos humanos. Disto mesmo dá conta o Relatório da Deloitte Consultores (2011, p. 32): “Com a passagem a Entidades Públicas Empresariais, EPE, o Governo pretendeu compatibilizar a natureza pública das instituições hospitalares, tuteladas pelos Ministérios da Saúde e das Finanças, com um sistema de gestão empresarial por objetivos, mais flexível, mas ao mesmo tempo mais exigente. Pretendeu ainda promover mais e melhor qualidade nos serviços e um melhor acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde bem como a potenciação do desenvolvimento de uma cultura de mérito nos profissionais destas instituições”.

Pretende-se assim obter níveis de eficiência e eficácia elevados, em que os ativos (recursos humanos) são rentabilizados ao máximo para maior e melhor qualidade no serviço prestado ao cliente final, o utente do SNS.

Os profissionais de saúde, por força do aumento das exigências de qualidade nos cuidados, têm sido cada vez mais recrutados para funções não clínicas dentro das instituições hospitalares. Cada vez mais, assumem funções que não as de cuidados assistenciais diretos aos utentes. São exemplo disso mesmo as Comissões de Controle de Infecção, as Equipas de Gestão de Altas, os Grupos da Qualidade, os Auditores de Registos, etc. Podemos considera-las funções *backoffice* essenciais ao funcionamento das instituições.

A gestão destes recursos humanos terá que ter em conta uma multiplicidade de fatores, de forma a garantir que os profissionais possam ser

alocados às diferentes funções sem comprometer a eficiência da organização e consequentemente a qualidade dos cuidados prestados aos utentes. Esta gestão deverá ser feita de forma a garantir o maior grau de empenhamento por parte dos profissionais envolvidos garantindo o melhor proveito por parte da organização.

O grupo profissional dos enfermeiros tem vindo a assumir-se cada vez mais como objeto de estudo e investigação, como faz referência Carvalho (2009, p. 19). Para isso concorrem vários fatores como a preponderância que este grupo assume no funcionamento das estruturas hospitalares, bem como o facto de se tratar de uma profissão “em construção, configurada por fronteiras ocupacionais e jurisdicionais ainda algo fluidas e ambíguas” (Carvalho, 2009, p. 19). Certamente para esta proliferação de estudos contribuirá também o facto de se tratar de um dos grupos profissionais mais representativos dentro das instituições de saúde, logo merecedores de alguma atenção por parte da gestão.

1.1. Contextualização do Estudo

Os cuidados de Saúde em Portugal têm sofrido profundas alterações nas últimas décadas. Os hospitais têm acompanhado essa evolução e têm sofrido as transformações decorrentes das diferentes visões daqueles que têm o poder e o dever de decidir o rumo da saúde do nosso país. “O hospital tende a tornar-se uma empresa não só pelo crescente peso e sofisticação do seu sistema técnico e organizacional de trabalho, como também pela crescente complexidade e conflitualidade da sua envolvente socioeconómica e das necessidades, interesses e expectativas dos seus diferentes *stakeholders*.” (Graça, 2005, p. 4).

Poderemos localizar a génese do SNS no ano de 1974, sofrendo o sistema de saúde português inúmeras reformas até aos dias de hoje no que concerne aos seus modelos de gestão (Escoval e Fernandes, 2010).

Mais recentemente, em 2005, foi adotado um novo modelo que, pela publicação do DL n.º 93/2005, de 7 de Junho, procedeu à transformação dos 31 hospitais SA em Entidades Públicas Empresariais (EPE). Neste caso, a gestão continua a ser privada, o financiamento continua a ser público; a ideia continua a ser a adequação dos instrumentos de gestão à especificidade da

natureza da atividade de prestação de cuidados de saúde, com vista ao bom funcionamento, quer a nível operacional, quer a nível de racionalidade económica das decisões de investimento, mas no qual é permitida uma maior intervenção a nível das orientações estratégicas de tutela e superintendência a exercer pelos Ministros das Finanças e da Saúde (Graça, 2005).

Obviamente que os hospitais, para além da importância que assumem enquanto organização que produz um tipo de serviço tão específico, têm também a responsabilidade, perante a tutela, de promoção e proteção da saúde e prevenção da doença (OPSS, 2008).

O estudo que produziu o “Plano Nacional de Saúde 2011-2016 – Cuidados de Saúde Hospitalares” dá especial atenção aos aspetos da Governação Hospitalar, enfatizando a relevância do conceito *Clinical Governance* (CG), que segundo o mesmo documento “foi introduzido, pela primeira vez, em 1997, pelo NHS” (Escoval e Fernandes, 2010, p. 17). O conceito é definido como o “processo através do qual as organizações de saúde se responsabilizam pela melhoria contínua da qualidade dos seus serviços e pela salvaguarda de elevados padrões de qualidade dos cuidados (Sakellarides *et al.*, 2004), criando um ambiente que estimule a excelência dos cuidados clínicos (Portugal. Ministério da Saúde. ARSLVT, 2009)” (Escoval e Fernandes, 2010, p. 17). Este conceito implica necessariamente a responsabilização de todos os profissionais pelos seus atos clínicos e o seu envolvimento num esforço conjunto para a identificação de aspectos dos cuidados que necessitem de soluções na busca da melhoria da qualidade e da segurança (Sakellarides *et al.*, 2004).

Os contratos-programa assinados entre os hospitais e a tutela incluem já algumas dimensões da qualidade, tais como taxa de reinternamento, número de primeiras consultas, número de doentes em espera para cirurgia, número de doentes referenciados para a RNCCI, entre outros. Na maioria dos hospitais portugueses existem, também, gabinetes ou comissões da qualidade, de gestão de risco e de segurança e humanização que desenvolvem vários projetos e que têm como objetivo último a sua acreditação (Delgado, 2009). Ora daqui se compreende a importância de todos os profissionais estarem empenhados nestas questões que envolvem a criação de condições objetivas para a prestação de cuidados seguros, eficientes e de excelência.

As funções não clínicas dos enfermeiros hospitalares.

Da pesquisa efetuada constata-se, com algumas exceções (e.g. Carvalho, 2012; Duarte, 2011; Ferreira, 2008; Batista *et al.*, 2005; Kirpal, 2004), não haver ainda trabalhos especificamente sobre esta matéria, embora se perceba que os profissionais de saúde são matéria frequente de estudo em várias áreas.

O objetivo deste trabalho é estudar especificamente a vertente não clínica das funções dos profissionais de saúde, uma área cada vez mais “pesada” dentro das estruturas hospitalares, que obviamente deverá ser gerida de forma criteriosa e rigorosa, uma vez que representa uma importante fatia dos custos com os recursos humanos.

Assim, considera-se que, antes de mais, seria fundamental esclarecer sobre o concreto significado das funções não clínicas, recorrendo a alguns exemplos para melhor compreensão do tema abordado por este trabalho.

De uma forma simplista pode-se considerar que os hospitais prestam aos seus clientes (utentes) um serviço: os cuidados de saúde. Este será o produto final que é apresentado ao cliente. Os enfermeiros são percecionados pelos utentes como os colaboradores da empresa que prestam o serviço. Esta é a face visível dos cuidados de saúde. Mas dentro dos hospitais existe a parte menos visível. Para além dos órgãos de gestão, cuja existência é do conhecimento da generalidade das pessoas, existem uma série de grupos de trabalho, equipas ou comissões, muitas vezes designados de serviços de apoio à prestação de cuidados, que não fornecem o serviço diretamente ao cliente. Pode-se considera-los como funções de *backoffice*, enquanto o atendimento aos utentes nas suas várias vertentes (urgente, programada, em ambulatório, em internamento) representam o relacionamento da organização com o cliente, o *frontoffice*. Estas funções que neste trabalho são designadas por funções não clínicas, são desempenhadas por vários profissionais, nomeadamente por enfermeiros. A sua necessidade emerge por questões internas das próprias organizações, mas também por imposições legais.

São exemplos destas imposições o descrito no Despacho Ministerial nº 14178/2007, publicado no Diário da República, 2ª série, nº 127, de 4 de Julho, que determinou a criação de comissões de controlo de infeção (CCI) em todas as “unidades públicas de prestação de cuidados de saúde integradas na rede

nacional de prestação de cuidados de saúde hospitalar, de cuidados continuados e cuidados de saúde primários e nas unidades privadas” (D.R., p. 19007). Estas comissões surgem integradas no Plano Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (PNCI), que por sua vez, procura dar resposta às orientações estratégicas da área em questão (prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados em saúde, IACS) do Plano Nacional de Saúde 2004-2010.

Igualmente, e mais recentemente, em Fevereiro de 2013, através do Despacho nº 2902/2013, publicado no Diário da República, 2ª série, nº 38 de 22 de Fevereiro, a Direção Geral de Saúde (DGS) desenvolve como programa de saúde prioritário, o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos, reiterando a obrigatoriedade de todos os hospitais garantirem a existência de uma CCI. Cada CCI deve integrar um conjunto de profissionais, entre os quais enfermeiros. Segundo as recomendações internacionais, um enfermeiro em tempo completo para uma lotação entre 110 a 140 camas e mais um para cada mais 250 camas para além destas (Circular Normativa nº 18/DSQC/DSC de 15/10/2007 da DGS).

Em 2006 foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Assim pelo DL nº 101/2006 de 06 de Junho, e mais tarde reiterado pelo Despacho 7698/2011, DR nº 107, Série II de 2011-06-02, todos os hospitais do SNS têm que obrigatoriamente constituir uma equipa de gestão de altas (EGA), que é composta no mínimo por um médico, um enfermeiro e um assistente social.

Em 2009 o Ministério da Saúde aprova e publica a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (Despacho n.º 14223/2009. DR nº 120, Série II de 2009-06-24). Com esta legislação as entidades competentes assumem um compromisso de prossecução da qualidade e excelência na prestação de cuidados de saúde em Portugal, incentivando as organizações a adotar metodologias e ferramentas de trabalho que orientem os seus profissionais para a exigência, rigor e excelência. É feita uma clara apologia dos processos de acreditação dos hospitais, “acreditar, significará o reconhecimento público, por parte do Ministério da Saúde, das melhorias da qualidade conseguidas nos serviços prestadores de cuidados de saúde, dando um maior grau de confiança aos cidadãos.” (Despacho n.º 14223/2009. DR nº 120, Série II de 2009-06-24).

Neste sentido vários hospitais aderiram a processos de certificação da qualidade por entidades externas, contando para isso com a alocação de vários dos seus colaboradores, de todas as áreas profissionais, a outras funções que não as habitualmente desempenhadas.

Os processos de certificação da qualidade em que várias entidades hospitalares nacionais se encontram atualmente empenhadas, são complexos, morosos e dispendiosos. Entre outras razões, poderemos apontar como uma das principais causas para estas características, o elevado número de profissionais envolvidos em todo o desenvolvimento do processo. Na organização de onde provêm os elementos que compõem a amostra, estão envolvidos cerca de uma centena de profissionais, desde a gestão de topo até ao colaborador menos diferenciado. Considerando que todas estas pessoas terão que disponibilizar algumas horas, que dependendo do seu grau de responsabilidade neste processo, pode ser maior ou menor, e que poderá ir de um mínimo de sete horas mensais até à dedicação exclusiva (no caso do gestor da qualidade), e que envolve colaboradores de várias áreas/categorias profissionais, facilmente se compreende, que só neste processo, está implicado um gasto mensal na ordem dos milhares de euros.

Estes três exemplos ilustram claramente com o tipo de funções com que este trabalho se preocupa. As duas primeiras funções (CCI e EGA) resultam de imposições legais, às quais os hospitais do SNS não têm alternativa. O terceiro exemplo (certificação da qualidade), não sendo uma obrigatoriedade, representa a busca de uma vantagem competitiva.

1.2. Questões de Investigação

O tema para esta dissertação surgiu com a experiência profissional do próprio investigador. Nos últimos anos tem sido possível constatar um aumento exponencial no recrutamento dos enfermeiros para funções que não aquelas para que são preparados e treinados nos seus cursos de graduação. Os enfermeiros passam a acumular com o seu trabalho de prestação direta de cuidados aos utentes, ou até mesmo em algumas situações, em exclusividade, um outro tipo de funções, mostrando-se muitas vezes sobrecarregados e insatisfeitos com esse trabalho “extra”.

Por outro lado, por vezes existe uma certa competição, entre aqueles que são elegíveis para esse tipo de funções.

Com este trabalho pretende-se perceber de que forma os enfermeiros se encontram empenhados nessas funções que desempenham para além das funções de atividade assistencial direta aos utentes ou funções não clínicas:

- Qual o tipo de ligação que mantêm com a organização?
- Qual o tipo de ligação que mantêm com a função?
- Por que razões aceitaram desempenhar aquela função? Reconhecem aquela função como trabalho de enfermagem?
- Será que os enfermeiros se sentem devidamente recompensados por essas funções?
- Será possível influenciar positivamente o grau de empenhamento dos enfermeiros relativamente ao desempenho daquelas funções?

Pretende-se, então, perceber os motivos pelo qual os enfermeiros mantêm a ligação às suas organizações, e se por ventura seria possível ou adequado alterar procedimentos, estratégias ou comportamentos de forma a obter ganhos relativamente a estas matérias, com benefícios simultaneamente para o indivíduo e para a organização.

Segundo Goleman (1998, p.128) pessoas empenhadas “lançam ondas de bons sentimentos a toda a organização”, pelo que ao introduzir fatores indutores de empenhamento nestes colaboradores, a organização estaria a induzir um clima de comportamentos de cidadania organizacional saudável com evidentes repercussões no desempenho da organização.

Como referem Cunha *et al.* (2007, p. 225) “No discurso gestor projectado sobre a vida organizacional, não há porventura “lugar comum” mais enfatizado do que a invocação do nexo causal entre o empenhamento organizacional dos indivíduos e a competitividade das organizações”.

Num contexto socioeconómico tão exigente quanto o que vivemos atualmente, em que dificilmente será possível motivar os profissionais recorrendo a compensações financeiras, o que poderá motivar estes profissionais? Como fazer essa gestão?

Este trabalho poderá ser um contributo nesse sentido.

1.3. Organização da Dissertação

Este trabalho foi organizado com o objetivo de tornar a sua leitura o mais simples e agradável possível.

Inicia-se com uma breve apresentação e contextualização da problemática subjacente ao estudo apresentando, seguidamente, uma estrutura de 5 capítulos.

No capítulo 1 pretende-se fazer o enquadramento geral do tema estudado, fazendo uma abordagem contextual atualizada, evidenciando os problemas concretos que originaram o estudo.

São, aqui, apresentadas as questões de investigação e é explicada a estrutura do trabalho.

No capítulo 2 é efetuada a revisão da literatura. É abordado de forma mais exaustiva o conceito em torno do qual foi desenhado todo o estudo: o empenhamento.

O capítulo 3 é dedicado à metodologia de investigação, onde se abordam todos os temas relacionados com os métodos e técnicas utilizadas no desenvolvimento do trabalho.

Seguidamente - no capítulo 4 - são apresentados e discutidos os resultados.

Finalmente, no último capítulo apresentam-se as conclusões e sugestões para futuros trabalhos. Este capítulo inclui também a alusão às limitações percecionadas deste trabalho.

2. O Empenhamento em Contexto de Trabalho

2.1. Empenhamento Organizacional: Modelos e Teorias

O empenhamento organizacional é um tema que ao longo dos últimos anos tem suscitado vasto interesse no seio académico, ocupando um lugar de destaque no estudo dos comportamentos organizacionais (Porter *et al.*, 1974; Meyer e Allen, 1991; Swailes, 2000).

De facto, tal como refere Swailes (2000, p. 199) “será difícil encontrar na literatura sobre organizações um tópico que tenha atraído mais interesse do que o empenhamento”.

Em 1960, Becker publicou um artigo sobre o conceito de empenhamento constituindo um ponto de partida para o estudo do tema e uma referência clássica na teoria do empenhamento (Leite, 2006).

A teoria de Becker é designada por teoria de “side-bets”. O termo “side-bets” é utilizado para designar qualquer investimento (tempo, esforço ou dinheiro) que o indivíduo faz na organização e que ele receia perder, caso a abandone. Poderemos considerar tratar-se de um tipo de empenhamento instrumental (Meyer e Allen, 1991), uma vez que o empenhamento é mantido sobretudo pelo medo de perda dos investimentos feitos naquela organização até ao momento.

Na década de 70, o empenhamento começa a ser abordado por uma outra perspetiva, numa abordagem emocional ou afetiva (Porter *et al.*, 1974).

Segundo estes autores, os indivíduos permanecem na organização por se sentirem emocionalmente ligados a ela, de forma genuína e sem qualquer outra intenção ou interesse.

Na década de 90, John P. Meyer e Natalie J. Allen desenvolvem uma série de trabalhos no campo do empenhamento organizacional, testando modelos e apresentando novas pesquisas. Segundo estes autores (Meyer e Allen, 1991), no início da década a literatura estabelecia a distinção entre a perspetiva atitudinal e comportamental do empenhamento organizacional (e.g. Mowday *et al.*, 1982; Reichers, 1985; Salanick, 1977).

Assim, a perspetiva comportamental estaria relacionada com o processo através do qual o indivíduo fica comprometido com a organização e a forma como ele lida com isso (Meyer e Allen, 1991), e a perspetiva atitudinal diria

respeito à forma como as pessoas interpretam a sua relação com a organização. As suas atitudes e valores são como que uma extensão da própria organização (Meyer e Allen, 1991).

Meyer e Allen consideram que a definição de empenhamento deve incorporar outras definições que não somente as propostas nestas duas perspetivas. Com esta ideia em mente, em 1990 propõem um modelo tridimensional de empenhamento organizacional: *Three Component Model of Organizational Commitment* (Allen e Meyer, 1990b; Allen e Meyer, 1997).

Segundo estes autores, apesar das muitas definições, o conceito parece dividir-se em três áreas: a ligação afetiva à organização (**empenhamento afetivo**), os custos associados ao abandono da organização (**empenhamento instrumental ou calculativo**) e a obrigação de permanecer na organização (**empenhamento normativo**) (Meyer e Allen, 1991).

Segundo Meyer e Allen (1991), o empenhamento organizacional pode ser definido como um laço psicológico que caracteriza a ligação dos indivíduos à organização e que tem implicações para a decisão de nela permanecerem. Assim, o empenhamento organizacional espelha genericamente o grau de ligação entre o membro organizacional e a própria organização.

Este modelo tridimensional defende que o empenhamento dos colaboradores com a organização está assente nas vertentes afetiva, normativa e instrumental ou calculativa. Como tal, o empenhamento organizacional é o estado psicológico que resulta destas três componentes, que assumem diferentes intensidades e que “caracteriza a relação do empregado com a organização, e tem implicações na decisão de continuar membro da organização” (Meyer e Allen, 1991, p. 67). Empregados com elevados níveis de empenhamento afetivo permanecem na organização porque querem. Empregados com elevados níveis de empenhamento instrumental ou calculativo permanecem na organização porque precisam. Por outro lado, os empregados com elevados níveis de empenhamento normativo, permanecem na empresa porque se sentem moralmente obrigados a isso. O quadro seguinte (quadro 1) faz um resumo destas tendências que acabamos de constatar.

Categorias	Caracterização	A pessoa permanece na org. porque...	Estado psicológico
Afetivo	Grau em que o colaborador se sente emocionalmente ligado, identificado e envolvido na organização.	sente que quer permanecer	Desejo
Normativo	Grau em que o colaborador possui um sentido da obrigação (ou dever moral) de permanecer na organização.	sente que deve permanecer.	Obrigação
Instrumental (calculativo)	Grau em que o colaborador se mantém ligado à organização devido ao reconhecimento dos custos associados com a sua saída da mesma. Este reconhecimento pode advir da ausência de alternativas de emprego, ou do sentimento de que os sacrifícios pessoais gerados pela saída serão elevados.	sente que tem necessidade de permanecer.	Necessidade

Quadro 1. As três componentes do empenhamento organizacional (adaptada de Rego, 2002b)

As três componentes do empenhamento não são mutuamente exclusivas, ou seja, um indivíduo poderá estar afetiva, normativa e instrumentalmente empenhado em simultâneo e com diferentes intensidades (Meyer e Allen, 1991).

Assim sendo, poderemos ter um colaborador com um elevado desejo e necessidade de se manter na organização, mas sem qualquer tipo de obrigação e vice-versa.

2.2. Antecedentes do empenhamento

Os objetivos principais, que guiaram o estudo dos antecedentes do empenhamento organizacional, foram a identificação das características individuais e situacionais que contribuem para o empenhamento dos empregados em relação ao empregador e o determinar, em que medida, esses antecedentes foram responsáveis pelo desenvolvimento do empenhamento organizacional (Meyer e Allen, 1997). Meyer e Allen (1997) organizam estes antecedentes em características organizacionais (a estrutura, a dimensão, os mecanismos de coordenação, a centralização e a formalização), características pessoais (variáveis demográficas e variáveis disposicionais) e características do trabalho ou da função (o conteúdo, o grau de autonomia, a diversidade de tarefas, a ambiguidade e o conflito de papéis). Segundo alguns autores (Sturges & Guest, 2001; Tavares, 2001) pode-se dividir os antecedentes em características pessoais, características da função, fatores situacionais e características estruturais.

No que diz respeito ao **empenhamento afetivo** é possível encontrar vários estudos relativos aos seus antecedentes (Mowday *et al.*, 1982; Mathew & Zajac, 1990; Rego *et al.*, 2004; Rego, Cunha e Souto, 2005, 2006; McInnis, Meyer & Feldman, 2009).

A investigação acerca das **características pessoais** com influência no empenhamento afetivo centrou-se em dois tipos de variáveis:

- variáveis demográficas (género, idade, antiguidade, estado civil);
- variáveis disposicionais, como os valores e a personalidade; (Meyer e Allen, 1997).

No entanto, e segundo os mesmos autores, “a relação entre as variáveis demográficas e o empenhamento afetivo não são nem fortes nem consistentes” (Meyer e Allen, 1997, p. 43). Efetivamente, as variáveis demográficas desempenham um papel menor no desenvolvimento do empenhamento organizacional, independentemente da forma de empenhamento analisada (Meyer *et al.* 2002). A maioria das relações entre estas variáveis e o empenhamento poderá ser moderada por outros fatores do tipo organizacionais ou pessoais.

Meyer e Allen (1997) consideram que existem substanciais evidências que determinados indivíduos apresentam características particulares de personalidade que os tornam mais ou menos propensas à efetividade no empenhamento organização. Contudo, os estudos sobre as variáveis disposicionais são escassos (Duarte, 2011).

Mathieu e Zajac (1990) sugerem a relação entre a competência percecionada e o empenhamento afetivo. Já Luthans *et al.* (1987) verificaram que uma característica pessoal positivamente correlacionada com o empenhamento afetivo é o locus de controlo interno. Os indivíduos com um locus de controlo interno preferem atividades que requerem maiores competências e conduzem a um maior autocontrolo. Quando a estruturação é menor, há maior autonomia e, por conseguinte, há um maior empenhamento organizacional afetivo.

Rego *et al.* (2005, 2006), consideraram que as dimensões de espiritualidade (sentido de comunidade, alinhamento do indivíduo com os

valores da organização, sentido de préstimo à comunidade, alegria no trabalho e oportunidades de vida interior) também ajudam a explicar o empenhamento organizacional afetivo. Tal como os valores. Segundo Finegan (2000), o empenhamento afetivo relaciona-se com os valores de humanidade e a visão.

No que concerne às características organizacionais e da função, Meyer e Allen (1997) já faziam referência à sua influência no desenvolvimento do empenhamento afetivo. Das três categorias de antecedentes de empenhamento afetivo, a categoria das **características da função**, é, segundo Meyer e Allen (1997) a que reúne a maioria das pesquisas.

As experiências e características relacionadas com a função, foram o grupo de antecedentes mais investigado na área do empenhamento (Steers, 1977; Allen & Meyer, 1990b; Hackett et al., 1994; Allen & Meyer, 1996; Eby, Freeman, Rush & Lance, 1999).

A literatura apresenta, também, vários modelos explicativos sobre a relação entre a satisfação na função e empenhamento organizacional afetivo. Sinteticamente podemos afirmar que há quatro correntes:

- a satisfação na função é antecedente causal do empenhamento organizacional (e.g. Mowday *et al.*, 1979; Jernigan *et al.*, 2002);
- o empenhamento organizacional é antecedente causal da satisfação na função (e.g. Vandenberg & Lance, 1992);
- a satisfação na função e o empenhamento organizacional estão relacionados reciprocamente (e.g. Mathieu, 1991);
- não existem relações causais entre satisfação na função e empenhamento organizacional (Curry *et al.*, 1986).

McNeese-Smith (2001) concluiu que a satisfação com a função foi a razão mais apontada pelas enfermeiras como determinante do seu empenhamento organizacional afetivo.

Mathieu e Zajac (1990) fazem referência a dezenas de trabalhos que mostram que em indivíduos que não têm a sua função bem definida dentro da organização (ambiguidade de papeis) ou que consideram que lhes é exigido algo que não é compatível com as suas expectativas (conflito de papeis), é de esperar baixos níveis de empenhamento. Fica assim evidenciada a relação

causal entre as características do “papel” do indivíduo e o empenhamento afetivo.

Algumas características do ambiente de trabalho (Luthans et al., 1987; Lok & Crawford, 2000), nomeadamente a comunicação do líder com os colaboradores, o estilo de liderança e a interdependência das tarefas estão relacionadas com o empenhamento organizacional (Mathieu & Zajac, 1990).

A participação na tomada de decisão, a comunicação clara acerca das intenções da organização, as atividades e o desempenho, a autonomia no que diz respeito à definição e à condução do trabalho e o sentido de coesão para com os colegas são antecedentes do empenhamento organizacional (DeCotiis & Summers, 1987).

Meyer e Allen (1997) fazem referência a uma diversidade de estudos que correlacionam positivamente o conceito de justiça organizacional e empenhamento afetivo (Konovsky & Cropanzano, 1991; Shaubroeck, May, & Brown, 1994; Kim & Mauborgne, 1993).

Das experiências de trabalho incluídas na meta-análise desenvolvida por Meyer *et al.* (2002), o apoio organizacional percebido e a justiça organizacional evidenciaram relações mais fortes com o empenhamento organizacional afetivo.

Um estudo com funcionários de uma entidade bancária confirma a existência de uma relação positiva entre perceção de apoio organizacional e cada uma das componentes do empenhamento organizacional, nomeadamente a dimensão afetiva (Honório, 2009).

Quando os empregados sentem que os procedimentos são justos (justiça procedimental) e que os seus superiores os tratam com dignidade e respeito (justiça interpessoal), os enfermeiros tendem a desenvolver laços afetivos e normativos para com a organização (Rego & Carvalho, 2002).

Estudos mais recentes, como os de Coyle-Shapiro & Morrow (2006) demonstraram a necessidade do aprofundamento do estudo da influência do contrato psicológico, do apoio organizacional percebido e da justiça organizacional no empenhamento afetivo, de modo a melhorar a compreensão acerca dos mecanismos que estão na base do despoletar do empenhamento organizacional. Os níveis de empenhamento afetivo (e, já agora, normativo) são mais elevados quando os empregados consideram o seu contrato

psicológico como sendo geral, baseado na confiança e na equidade, negociado, tangível e de longo-prazo; e menos elevados quando o percecionam como sendo imposto, baseado na iniquidade e de curto prazo (McInnis, Meyer & Feldman, 2009).

Podemos ainda falar das implicações para o empenhamento afetivo da relação entre o indivíduo e o seu líder. Segundo Mathieu e Zajac (1990), a comunicação do líder e o tipo de liderança estão relacionados com o empenhamento organizacional. Um supervisor que proporciona comunicação oportuna, rigorosa e bom ambiente de trabalho, provavelmente contribui para aumentar o empenhamento dos empregados na organização (Mathieu e Zajac, 1990).

As **características organizacionais** mais destacadas têm sido a dimensão, a idade da organização, o tipo de organização e a forma de emprego (Steers, 1977; Glisson & Durick, 1988; Goulet & Frank, 2002; Felfe, Schmook, Schnys & Six, 2008).

Sommer, Bae e Luthans (1996) consideram que o empenhamento na organização está negativamente relacionado com a dimensão da organização. Na sua opinião, tal deve-se ao facto de haver menor interação e envolvimento nas organizações maiores.

Goulet e Frank (2002) estudaram o empenhamento na organização de trabalhadores de três setores distintos: público, sem fins lucrativos e lucrativos. Os resultados demonstram que os níveis mais elevados de empenhamento na organização foram reportados pelos indivíduos da empresa com fins lucrativos. Em segundo lugar, surgem os trabalhadores da organização sem fins lucrativos. Por fim, os trabalhadores do setor público, que apresentam os valores mais baixos de empenhamento na organização. A principal razão apontada para as diferenças encontradas nos níveis de empenhamento parece estar nos salários, nos benefícios e outras recompensas, que são mais elevadas nas empresas com fins lucrativos (Goulet e Frank, 2002).

Outros antecedentes foram identificados como tendo impacto no empenhamento organizacional afetivo, como por exemplo, a consciência das mudanças no ambiente externo e no ambiente interno das organizações (Dutta Roy & Ghose, 1997).

Tal como referido anteriormente, o **empenhamento instrumental** refere-se à consciência que indivíduo tem dos custos associados ao abandono da organização. Meyer e Allen (1991) resumem as razões do empenhamento instrumental à perda de investimentos feitos anteriormente (tempo, esforço, dinheiro) e à falta de alternativas (escassez ou ausência de oportunidades de emprego alternativos).

Para Reichers (1986), as variáveis estruturais (investimentos do colaborador na organização, falta de alternativas de emprego) associadas à pertença de longo prazo à organização e ligadas ao empenhamento instrumental ganham um peso cada vez maior e determinante à medida que a antiguidade na organização aumenta (Reichers, 1986). Assim, não é a antiguidade por si só que influencia o empenhamento instrumental, mas sim diferentes níveis de recompensas de trabalho e valores associados à antiguidade. A relação entre antiguidade e empenhamento é indireta e mediada por recompensas de trabalho e valores (Mottaz, 1998).

Meyer e Allen (1997) salientam ainda a importância do processo, ou seja, consideram também a importância da forma como a pessoa interpreta ou percebe esses custos ou alternativas. Experiências anteriores e fatores individuais podem condicionar a forma como encaram esses sinais, modelando o grau de empenhamento instrumental do indivíduo relativamente à organização.

O **empenhamento normativo** diz respeito ao sentimento de obrigação de permanecer na organização. Bergman (2006, p. 647) refere que o empenhamento normativo é “o laço do indivíduo para com a organização, devido a um sentido de obrigação por parte deste”.

Os estudos que incidem sobre os antecedentes do empenhamento organizacional normativo são escassos.

Meyer e Allen (1997) falam de um sentimento de lealdade que cresce baseado num conjunto de fatores que vão desde o processo inicial de socialização, à internalização de valores através de um complexo esquema de punições e recompensas. Pode ainda resultar da interpretação do contrato psicológico por alguma das partes. Em geral, os empregados que têm experiências de trabalho positivas evidenciam um grande sentido de obrigação

para com a organização (Meyer *et al.*, 1998). Bergman (2006) considerou que o empenhamento normativo pode desenvolver-se em resposta às experiências que também estão na base do empenhamento afetivo.

O empenhamento normativo desenvolve-se tendo por base as experiências de socialização familiar e as experiências de socialização organizacional (Meyer & Allen, 1997). No que diz respeito à socialização familiar, pode-se esperar que um empregado tenha um empenhamento normativo elevado se os parentes próximos (pais) foram empregados de longo termo numa organização e/ou transmitiram aos seus filhos a importância da lealdade organizacional. No tocante à socialização organizacional, é admissível que os empregados aos quais foram transmitidos valores, normas e práticas organizacionais, sejam levados a acreditar que a organização perfilha dos seus valores e crenças, estejam mais inclinados a empenharem-se normativamente para com a organização para a qual trabalham (Meyer & Allen, 1997).

Notas finais. Como foi possível constatar, o conceito de empenhamento organizacional e as suas dimensões é influenciado por uma diversidade de fatores que estabelecem com esta variável uma considerável quantidade de relações/resultados.

Cardoso (2007) apresenta uma série de exemplos de correlações tendenciais positivas entre diversas variáveis com potencial antecedente e o empenhamento organizacional (ver quadro 2).

Como é possível observar pela análise do quadro, existe um grande número de relacionamentos entre determinadas variáveis e a dimensão afetiva do empenhamento, tal como refere Meyer e Allen (1997).

De notar que o empenhamento afetivo é também o mais estudado dos três, uma vez que tal como refere Cardoso (2007, p. 229), os indivíduos mais empenhados afetivamente são os que “denotam menores taxas de absentismo e de comportamentos de negligência”, pelo que esta tem sido uma área de eleição pelo interesse que desperta na área da gestão.

	Dimensões do Empenhamento		
	Afetiva	Normativa	Instrumental
Satisfação no trabalho	++	+	
Afetividade positiva	++	+	
Liderança transformacional	++	+	0
Apoio organizacional	++	0	
Recetividade da gestão (às sugestões dos empregados)	++	+	
Apoio do superior	++	0	
Percepções de justiça	++	+	
Funções desafiantes	++	+	
Clareza de papel	++	+	
Oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento pessoal	+	+	0
Receção de feedback relativo ao desempenho no trabalho	++	+	0
Transferibilidade de competências	+	+	
Percepção de valores organizacionais (consideração, justiça, integridade moral)	++	++	0
Percepção de valores visionários (iniciativa, criativa, abertura)	+	+	0
Percepção de valores de orientação de adesão a convenções (obediência, formalidade)		0	+
Clima ético do zelo/benevolência	++		
Ajustamento entre os valores do indivíduo e os da organização	+		
Cidadania organizacional (económica, legal, ética, filantrópica)	++		

Quadro 2. Correlações tendenciais entre o empenhamento organizacional e variáveis antecedentes.
(adaptado de Cardoso, 2007)

Legenda: (++) – correlação francamente positiva; (+) correlação positiva; (0) sem relação; espaço em branco: a literatura investigada não estudou a relação ou revelou resultados empíricos inconsistentes.

2.3. Consequências do empenhamento

Tal como referem Meyer e Allen (1997) será de esperar que os três tipos de empenhamento, afetivo, normativo e instrumental estejam relacionados com a permanência do indivíduo na organização, ou seja, estejam negativamente correlacionados com a intenção de abandono e com o *turnover*. Contudo Meyer e Allen (1991) defendem que os três componentes têm consequências diferentes no que concerne a outros comportamentos de cidadania organizacional, tais como o *turnover*, o absentismo, o desempenho e os comportamentos extra papel.

Segundo os mesmos autores a correlação mais estudada é a do *turnover* (correlação negativa) ou do seu inverso, a permanência (correlação positiva).

Embora o desenvolvimento de laços afetivos, instrumentais e normativos levem a uma diminuição do *turnover*, intencional ou comportamental, é no âmbito da dimensão afetiva que surgem as relações mais fortes (Meyer e Allen, 1997).

Como já foi referido anteriormente, os empregados com empenhamento organizacional mais elevado demonstram maior desejo e intenção de permanecer na organização e menores índices de *turnover* e de intenções de *turnover* (Steers, 1977; DeCotiis & Summers, 1987; Lee & Mowday, 1987; Pierce & Dunham, 1987; Cohen & Hudecek, 1993; Eby *et al.*, 1999; Van Steenbergen & Ellemers, 2009; Neiningen, Willenbrock, Kauffeld & Henschel, 2010).

Um trabalho de Somers (2009) evidenciou que os empregados com um perfil de empenhamento afetivo e normativo elevado e um perfil de intensamente empenhado estão menos propensos a abandonar a organização. O *turnover* pode ser explicado, em parte, pela relação que os empregados estabelecem com os seus supervisores. A pesquisa anterior ignorou o papel explicativo do empenhamento em relação ao supervisor no *turnover* (Stinglhamber & Vandenberghe, 2003).

De salientar que embora o empenhamento organizacional seja frequentemente associado a consequências positivas, há algumas referências a consequências negativas do empenhamento, como por exemplo o stresse.

Mathieu e Zajac (1990) referem que indivíduos com níveis mais elevados de empenhamento organizacional são mais suscetíveis ao stresse do que indivíduos menos empenhados. Segundo estes autores, indivíduos mais empenhados ficam mais expostos aos problemas e pressões do trabalho, vivem os problemas da organização de uma forma mais pessoal. Enquanto os indivíduos menos empenhados, estão menos envolvidos e portanto menos expostos a esse stresse.

Segundo Mathieu e Kohler (1990), o fenómeno do absentismo pode servir como resposta a um espaço de trabalho stressante ou advir de uma falta de motivação ou empenhamento em relação ao trabalho. Já Eby *et al.* (1999) notam que os empregados são menos propensos a ausentarem-se quando

exibem empenhamento afetivo. Para Iverson e Buttigieg (1999) o empenhamento normativo relaciona-se negativamente com o absentismo, embora com menor intensidade do que o empenhamento afetivo. Segundo Meyer *et al.* (2002) apenas o empenhamento afetivo se relaciona negativamente com o absentismo, o empenhamento normativo e instrumental correlacionam-se positivamente, embora a correlação se aproxime de zero.

A literatura apresenta vários estudos sobre a relação entre o empenhamento e o desempenho (e.g. Steers, 1977; Angle & Perry, 1981; Mathieu & Zajac, 1990; Goffin & Gellatly, 2001; Chen *et al.*, 2002), contudo não são consensuais, apresentando perspetivas bastante díspares quer na forma de elaboração dos estudos, quer na própria leitura dos resultados.

2.4. Focos do Empenhamento

De uma forma mais abrangente, o empenhamento pode ser considerado ou analisado enquanto forma de caracterização dos laços à organização, contudo, o empenhamento pode estar direcionado para outras entidades ou destinatários (Meyer *et al.*, 1993; Becker *et al.*, 1996).

Efetivamente, já em meados da década de 80, Reichers (1985) propõe uma forma de abordagem do empenhamento organizacional que passa pela consideração do mesmo enquanto um conjunto de empenhamentos múltiplos em relação a vários grupos/entidades que compõem a organização, ou seja, em relação a múltiplos-constituintes (Reichers, 1985). Esta nova concetualização, que encara a organização como um conjunto de constituintes: empregados, superiores, subordinados, clientes e outros grupos e indivíduos que compõem a organização, contrasta com a visão tradicional, que vê a organização como monolítica, uma identidade indiferenciada (Reichers, 1985).

Para Meyer e Allen (1997) quando os investigadores medem o empenhamento organizacional como um todo, provavelmente estarão a medir o empenhamento dos empregados em relação ao topo ou uma combinação de topo com uma abordagem mais local e não uma avaliação global.

Uma medida global de empenhamento organizacional pode indicar que um indivíduo esteja empenhado e que outro não esteja; contudo o segundo indivíduo pode, efetivamente, estar empenhado, mas em relação a uma entidade específica, como por exemplo, em relação ao grupo de trabalho e não

em relação à organização (Reichers, 1985); ou seja, uma medida global de empenhamento pode revelar resultados idênticos para dois indivíduos, ainda que o foco seja totalmente diferente.

Em 1992, Becker, na senda da reconceptualização do conceito do empenhamento, defendeu que este deveria ser encarado como sendo constituído por focos e bases. Os empregados podem distinguir entre focos de empenhamento (organização, gestão de topo, supervisor, colegas de trabalho, profissão) e bases de empenhamento, ou seja, diversos processos motivacionais que servem de base às atitudes (interiorização, identificação e complacência).

Na continuação deste trabalho e tendo por base o mesmo quadro teórico, Becker e Billings (1993) propuseram perfis de empenhamento. Assim, é possível caracterizar os indivíduos pela forma como combinam os diferentes graus das diversas formas de empenhamento. Esses perfis explicam as diferentes respostas comportamentais e os diferentes *outputs* organizacionais. Estes investigadores destacaram quatro perfis de empenhamento: empenhado globalmente; empenhado; não empenhado e empenhado localmente. De uma forma sintética pode-se caracterizar os quatro perfis da seguinte maneira:

- **empenhado globalmente** – elevado empenhamento para com a gestão de topo e para com a organização. Reduzido empenhamento para com o supervisor e com o grupo de trabalho;
- **empenhado** – elevados níveis de empenhamento com todos os quatro focos: gestão de topo, organização, supervisor e grupo de trabalho;
- **não empenhado** – empenhamento reduzido com todos os quatro focos;
- **empenhado localmente** – reduzido empenhamento relativamente à gestão de topo e à organização. Elevado empenhamento com o supervisor e com o grupo de trabalho.

As investigações de Becker (1992) serviram de base a novos estudos sobre os vários focos do empenhamento.

Um dos focos investigado tem sido o supervisor. O empenhamento no supervisor surge mais direta e positivamente correlacionado com os índices de

desempenho do que com o empenhamento organizacional (Chaves, 1998). Segundo um estudo de Stinglhamber e Vandenberghe (2003), o empenhamento afetivo no supervisor medeia o efeito do apoio percebido por parte do supervisor no *turnover* voluntário, contrariamente ao empenhamento organizacional, que não exerce qualquer efeito. As organizações têm-se tornado mais descentralizadas e os supervisores ganharam algum espaço para desenvolverem relações de troca com os seus subordinados (Stinglhamber & Vandenberghe, 2003).

Segundo um estudo com enfermeiras de Brewer e Lok (1995), os supervisores (enfermeiros-chefe) desempenharam um papel importante na geração de empenhamento organizacional, comportando-se como indutores de confiança e de identificação com a organização e com a função.

A força de mediador do empenhamento organizacional torna-se mais intensa, quando a distância entre o foco do empenhamento específico do indivíduo, e o que ele representa para a organização (por exemplo o empenhamento nos supervisores ou com os gestores de topo, em contraste com o empenhamento com os colegas de trabalho) diminui. À medida que aumenta a distância entre o destinatário do empenhamento (por exemplo, os clientes), e aquilo que o indivíduo percebe como pertencendo à organização, a contribuição do empenhamento em relação a esse constituinte, para o empenhamento organizacional diminui (Reichers, 1985; Becker, 1992, Becker & Billings, 1993, Hunt & Morgan, 1994; Becker et al., 1996).

Para Becker e Billings (1993) algumas pessoas podem apresentar um perfil de empenhamento local, por se encontrarem mais ligadas ao superior e ao grupo de trabalho; enquanto outras podem apresentar um perfil de empenhamento global por apresentar uma ligação com a gestão de topo e com a organização (Becker & Billings, 1993).

Um outro foco que também tem reunido alguma atenção por parte dos investigadores tem sido o empenhamento na profissão. Embora o empenhamento na organização tenha, desde sempre, exercido um enorme fascínio sobre os investigadores.

Nos anos oitenta, os investigadores começam a mostrar um interesse crescente por outros alvos de empenhamento, nomeadamente na profissão. Segundo Cohen (2003), o foco do empenhamento ocupacional e profissional

está centrado na profissão, ocupação ou carreira dos trabalhadores, sugerindo uma utilização indistinta dos conceitos.

O número de trabalhos sobre o empenhamento na profissão é, contudo, substancialmente inferior ao número de pesquisas dedicadas ao empenhamento na organização. É uma área de estudo de contornos bastante mal definidos, pela falta de rigor e clareza na distinção relativamente a conceitos próximos, tais como o empenhamento na carreira e o empenhamento na ocupação (Leite, 2006).

Segundo Cardoso (2007), os dados empíricos sugerem a existência de relações positivas significativas entre as várias categorias dos focos do empenhamento. No entanto não existe convergência teórica e empírica sobre o seu significado (Cardoso, 2007, p. 231).

3. Metodologia de Investigação

3.1. Tipo de Estudo

O presente estudo incide sobre um conjunto de pessoas que têm em comum um determinado número de características, uma experiência própria e que estão inseridas num determinado contexto. Tendo em consideração a questão central sobre a qual está assente o desenho do estudo e os objetivos anteriormente enunciados, optou-se pela metodologia de investigação qualitativa.

Flick (2005, p.13) salienta que a investigação qualitativa “está vocacionada para a análise de casos concretos, nas suas particularidades de tempo e espaço, partindo das manifestações e atividades das pessoas nos seus contextos próprios”. Este tipo de investigação centra-se na compreensão dos problemas, na análise dos comportamentos, atitudes ou valores. Não existe uma preocupação centralizada na dimensão da amostra nem com a generalização dos resultados (Sousa e Baptista, 2011). Faz parte do paradigma naturalista ou interpretativo, cujo “objetivo das investigações (...) é descobrir, explorar, descrever fenómenos e compreender a sua essência. (...) Pretende-se assim, explorar um assunto pouco conhecido ou pouco estudado do ponto de vista da significação, da compreensão ou da interpretação (Fortin, 2009, p. 32).

A abordagem qualitativa não se prende com generalizações, princípios ou leis. Este tipo de abordagem procura antes a aquisição de um conhecimento profundo e holístico do fenómeno em estudo. Pretende-se portanto, produzir explicações contextuais, dando-se ênfase aos significados, mais do que à frequência dos fenómenos. Segundo Polit e Hungler (1995, p.259), “ (...) a metodologia qualitativa engloba os modos de inquirição sistemática, com vista à compreensão dos seres humanos e da natureza das suas transações consigo mesmas e com os seus arredores (...)”. As mesmas autoras chamam ainda a atenção para “(...) os aspetos dinâmicos, holísticos e individuais da experiência humana, tentando apreender tais aspetos na sua totalidade, nos contextos daqueles que a estão vivenciando (...)” (p. 181).

São estes os objetivos subjacentes ao estudo que se pretende desenvolver. Ao invés de se ambicionar proceder a qualquer tipo de

generalizações, pretende-se unicamente aprofundar conhecimentos sobre a temática e contexto selecionado. Os dados não permitem generalizações, mas podem facultar boas pistas para o aprofundamento de estudos posteriores ou até estabelecer ligações a resultados já existentes na área de investigação.

O presente estudo consiste num estudo de carácter exploratório e descritivo, que “(...) serve para identificar as características de um fenómeno de maneira a obter uma visão geral de uma situação ou de uma população. Quando um tema foi pouco estudado, é necessário descrever as suas características antes de examinar relações de associação ou de causalidade entre variáveis” (Fortin, 2009, p. 236).

3.2. Amostra

A população de um estudo consiste no conjunto de elementos ou sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios (Fortin, 2009). Uma vez que seria fisicamente impossível ter acesso a todos os enfermeiros hospitalares que exercem funções não clínicas, atendendo às limitações que serão descritas mais à frente em capítulo próprio e ao facto de que não foi nunca objetivo do autor deste estudo fazer generalizações procedeu-se à seleção de uma amostra por conveniência. Este tipo de amostragem preconiza a seleção de pessoas mais convenientemente disponíveis como participantes do estudo (Polit *et al.*, 2004). Tal como refere Vilelas (2009), estas amostras são utilizadas em pesquisas exploratórias e não permitem que se façam generalizações.

Segundo Polit *et al.* (2004), na metodologia qualitativa o tamanho da amostra é definido em função da finalidade da pesquisa, da qualidade dos informantes e do tipo de estratégia de amostragem usada.

Foi decidido terminar a colheita de dados na décima terceira entrevista pelo facto de se considerar ter atingido a saturação dos dados. Assim, no grupo de participantes deste estudo, foram incluídos treze enfermeiros de uma unidade hospitalar da região norte do país. Todos eles a exercer atualmente funções não clínicas.

3.3. Instrumento de Recolha de Dados

O instrumento da colheita de dados é o utensílio, ou equipamento, usado pelo investigador para colher a informação necessária, válida e pertinente à realização do estudo. Entende-se por instrumento de pesquisa, o conjunto de processos ou meios, que se utilizam para obter a recolha de dados (Quivy e Campenhoudt, 2008). Assumindo tratar-se dum estudo qualitativo, optou-se pela entrevista como técnica de colheita de dados. Segundo Cassel e Symon (2004), a entrevista continua a ser o método de colheita de dados mais comum na investigação qualitativa. O objetivo da entrevista é recolher um conjunto de informações sobre um determinado assunto, na perspetiva do entrevistado, de forma a perceber como e porquê ele adota aquela perspetiva (Cassel e Symon, 2004).

O tipo de entrevista utilizada foi a entrevista semi-estruturada. Segundo Polit *et al.* (2004, p. 252) as entrevistas semi-estruturadas “são usadas quando o pesquisador tem uma lista de tópicos que devem ser cobertos (...) utiliza de um *guia de tópicos* escritos para garantir que todas as áreas das questões sejam cobertas”.

Foi ainda considerado fundamental a realização de um pré-teste, uma vez que, segundo Fortin (2009), fica assim assegurado que as questões podem ser bem compreendidas.

Após a aplicação deste pré-teste foi possível corrigir e modificar as questões tornando-as mais acessíveis, claras e direcionadas para o estudo que se pretendia realizar. Segundo a mesma autora, “o pré-teste tem por objetivo principal avaliar a eficácia e a pertinência do guião da entrevista e verificar os elementos seguintes: a) se os termos utilizados são facilmente compreensíveis e desprovidos de equívocos: é o teste da compreensão semântica; b) se a forma das questões utilizadas permite colher as informações desejadas; c) se o guião não é muito longo e não provoca desinteresse ou irritação, d) se as questões não apresentam ambiguidade.” Fortin (2009, p. 253).

Em anexo foi incluída a versão final do guião da entrevista (anexo I).

4. Resultados do Estudo: Apresentação e Discussão

4.1. Introdução

Neste capítulo far-se-á a apresentação dos resultados obtidos através das entrevistas realizadas no âmbito do presente estudo.

Para tal, fazemos a caracterização socioprofissional da amostra estudada com o objetivo de facilitar a compreensão dos dados apresentados mais adiante, seguindo-se a apresentação dos dados obtidos, através das entrevistas realizadas aos indivíduos que compõem a amostra, com a subsequente análise de conteúdo.

Segundo Bardin (2013, p. 33), a análise de conteúdo é um “conjunto de técnicas de análise das comunicações”.

Foi seguido o tipo de análise denominado de análise categorial. Segundo o mesmo autor, este é o “método das categorias, espécie de gavetas ou rubricas significativas que permitem a classificação dos elementos de significação constitutivos da mensagem.” (Bardin, 2013).

As categorias de fragmentação da comunicação devem obedecer a alguns princípios para que a análise seja válida: homogêneas; exaustivas; exclusivas; objectivas e adequadas; (Bardin, 2013).

Para além da análise categorial, é também utilizada a técnica da inferência uma vez que, após a colocação em evidência do material recolhido através da técnica de recolha de dados selecionada para o estudo, neste caso, a entrevista, torna-se natural a realização de algumas deduções lógicas que poderão ser o passo necessário para atingir algumas conclusões. Disso mesmo dá conta Bardin (2013, p. 41): “ Se a *descrição* (a enumeração das características do texto, resumida após tratamento) é a primeira etapa necessária e se a *interpretação* (a significação concedida a estas características) é a última fase, a inferência é o procedimento intermédio, que vem permitir a passagem, explícita e controlada, de uma à outra.”

4.2. Caracterização da amostra

Tal como referido anteriormente, a amostra é composta por 13 enfermeiros de um hospital.

De forma a facilitar a análise da composição da amostra, apresenta-se de seguida um quadro resumo com as principais características dos indivíduos entrevistados.

Entrevistados	Sexo	Idade	Habilitações Profissionais	Formação Complementar	Tempo na Organização	Função não clínica	Função clínica	Vínculo
E1	F	34	Licenciatura	0	12	G. Feridas	Int ¹ .	CTFP
E2	F	28	Licenciatura	0	5	GTQ	Int.	CIT
E3	F	50	Licenciatura	CPL	24	CCI	0	CTFP
E4	F	30	Licenciatura	CPL	8	CCI	Int	CIT
E5	F	34	Mestrado	CPL+Mestrado+Pós-graduação	10	EGA+ GTQ	Int.	CIT
E6	F	29	Mestrado	CPL+Mestrado	7	GTQ	Int.	CIT
E7	F	27	Licenciatura	0	6	G. Feridas	Int.	CIT
E8	F	37	Licenciatura	0	16	CCI	Int.	CTFP
E9	F	48	Licenciatura	0	26	Auditora SCD/E	Int.	CTFP
E10	F	37	Licenciatura	CPL	16	GTQ	Int. (Esp. ²)	CTFP
E11	F	33	Licenciatura	CPL	11	CCI	Int. (Esp.)	CTFP
E12	F	37	Licenciatura	CPL	15	GTQ	Int.	CTFP
E13	F	36	Licenciatura	CPL+Pós-Graduação	13	GTQ	Int. (Esp.)	CTFP

Quadro 3 – Caracterização socioprofissional dos entrevistados

Todas as entrevistadas são do sexo feminino. A idade média é de 35 anos e a média de anos de tempo na organização é de 13. Das 13 entrevistadas, 8 fizeram formação complementar, sendo que:

- cinco fizeram especialidade (Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem);
- uma fez especialidade, mestrado e pós-graduação;
- uma fez especialidade e mestrado;
- uma fez especialidade e pós-graduação.

Relativamente ao tempo na organização podemos ver que a amostra é heterogénea, sendo composta por indivíduos com situações bastante distintas (desde os cinco aos vinte e seis anos na organização).

¹ Exerce funções num serviço de internamento.

² Exerce funções de enfermeiro especialista.

As enfermeiras entrevistadas desempenham as funções não clínicas nas seguintes áreas:

- Comissão de Controle de Infecção;
- Grupos de Feridas;
- Equipa de Gestão de Altas;
- Grupos da Qualidade;

Quase a totalidade das enfermeiras entrevistadas, doze, exercem funções clínicas, sendo que todas elas o fazem em serviços de internamento.

Uma das enfermeiras exerce funções exclusivamente não clínicas numa Comissão de Controle de Infecção.

Das treze enfermeiras entrevistadas, oito têm vínculo laboral do tipo contrato de trabalho de funções públicas (CTFP). As restantes são vinculadas à instituição através de contratos individuais de trabalho (CIT).

4.3. Apresentação e Discussão de Resultados

Tendo por base os objetivos do estudo e tomando em consideração o conteúdo das entrevistas realizadas, foram identificadas as seguintes áreas temáticas:

- 4.3.1. Área temática 1- Ligação à organização;
- 4.3.2. Área temática 2- Expetativas para o desempenho de funções não clínicas;
- 4.3.3. Área temática 3- Empenhamento;
- 4.3.4. Área temática 4- Gestão de expectativas futuras;

4.3.1. Área temática I – Ligação à organização

No sentido de fazer um enquadramento ao próprio estudo, e de perceber se haverá alguma relação entre o tipo de ligação à organização e o empenhamento dos indivíduos que compõem a amostra às funções não clínicas, faz-se uma análise às respostas obtidas às primeiras duas perguntas do guião da entrevista.

O quadro seguinte sintetiza as categorias, subcategorias e unidades de registo identificadas.

Categorias	Ida para a organização						Permanência na organização						
Subcategorias	Proximidade	Falta de alternativas	Comodidade	Conveniência	Gostar	Tipo de contrato	Proximidade	Falta de alternativas	Comodidade	Gostar	Estabilidade contratual	Motivos financeiros	Perda de investimentos na organização
E1	X									X			
E2		X					X		X	X			
E3	X			X			X		X				
E4					X			X		X			
E5		X								X	X		
E6	X	X			X		X		X	X		X	
E7	X				X					X			
E8	X		X					X	X	X			
E9	X					X							
E10	X									X			
E11						X		X					
E12	X						X		X	X			
E13	X						X	X		X			X

Quadro 4. Ligação à organização

Pela análise do quadro 4, constata-se que a maioria das entrevistadas (9) refere a proximidade de casa como o principal motivo para ter escolhido aquela organização como o seu local de trabalho. Essa realidade sofre uma certa transformação quando inquiridas sobre o motivo da permanência na organização: apenas cinco mencionam a proximidade como principal motivo.

Das treze inquiridas três referem que foram para aquela organização por falta de alternativas. De notar que se trata de três dos elementos mais jovens da amostra, refletindo assim uma realidade mais recente do mercado de trabalho português mais concretamente da área da enfermagem que se encontra neste momento excedentária em termos de procura.

Relativamente à escolha da organização, uma das inquiridas refere como principal motivo a comodidade, associando-a à proximidade do domicílio:

E8 (...) Na altura foi por ser próximo da área de residência, foi o principal motivo, por comodidade (...);

O mesmo acontece com a entrevistada 3 que se refere à questão da conveniência:

E3 (...) Por proximidade, conveniência (...).

O fator afetivo é mencionado por três das entrevistadas. Esta condição pré experimental explica-se pelo facto de as três entrevistadas em causa terem estagiado na instituição em causa durante o Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE), desenvolvendo nessa fase uma ligação afetiva com a organização, fazendo com que no momento da entrada no mercado laboral, fosse aquela a primeira opção.

E4 (...) Porque fiz grande parte dos estágios da minha licenciatura aqui e gosto deste hospital (...);

E6 (...) E também já tinha trabalhado cá (em estágio) e tinha gostado de cá trabalhar (...);

E7 (...) era onde eu tinha feito o estágio de integração e foi para onde eu quis vir (...).

Duas das entrevistadas referem como um dos principais fatores de escolha da organização o tipo de contrato:

E9 (...) porque vim para o quadro da função pública (...);

E11 (...) por causa da carreira, da progressão (...).

Relativamente à permanência na organização, quatro das entrevistadas apontam como um dos principais motivos para se manterem na organização a falta de alternativas.

E4 (...) mas para já e dada a conjuntura de hoje em dia... não há vagas para enfermeiros especialistas (...);

E8 (...) quando comecei de certa forma a ficar cansada e a pensar que se calhar era bom mudar foi quando a situação começou a complicar para nós e não era tão fácil assim mudar de unidade de saúde (...);

E11 (...) Sinceramente, porque não consigo transferência para outro lado (...);

E13 (...) Agora nem que quisesse ir, não era nada fácil (...) não tenho muito para onde ir, não há alternativas (...).

Apenas outras três indicaram este motivo como para escolha da organização. Poderemos inferir, que durante os anos que estas colaboradoras permaneceram na organização, surgiu a intenção de abandono, mas que não se terá concretizado por falta de alternativa. São enfermeiras com tempo na organização que varia entre os oito e os dezasseis anos, com vínculos contratuais estáveis (três CTFP e CIT s/termo) e três delas com formação complementar.

Cinco das entrevistadas refere questões de comodidade como um dos principais fatores para permanecer na organização.

E2 (...) não tentei trocar, porque efetivamente estava bem em termos gerais. Comodidade (...) não tive essa necessidade de mudar (...);

E3 (...) É meramente por comodidade (...);

E6 (...) Portanto trata-se de comodidade e de gostar (...);

A ligação afetiva, é sem dúvida, o motivo mais frequentemente mencionado como a razão para manutenção na instituição. As entrevistadas referem que se mantêm naquele hospital porque gostam:

E1 (...) gosto de trabalhar cá (...) gosto do serviço onde trabalho (...).

E2 (...) fiquei a gostar (...);

E6 (...) tinha gostado de cá trabalhar (...) comodidade e de gostar (...);

E7 (...) gosto do trabalho (...) gosto do serviço (...) gosto da equipa (...);

E8 (...) vamos criando aqui ligações com as pessoas, com o hospital (...).

E10 (...) é mais porque até gosto daquilo que faço (...);

E13 (...) porque gosto (...) gosto do hospital (...);

Esta forte ligação afetiva à organização pode ter consequências mais tarde na análise do empenhamento nas funções não clínicas, uma vez que a própria definição do empenhamento já referida anteriormente neste trabalho como o laço psicológico que caracteriza a ligação dos indivíduos à organização e que tem implicações para a decisão de nela permanecerem, tem correlações com outras variáveis, nomeadamente com “absentismo, no turnover, na pontualidade,..., na aceitação das mudanças e no desempenho” (O’Reilly e Chatman, 1986, cit. por Cardoso, 2007, p. 225). Assim podemos relacionar esta ligação afetiva à organização com a componente afetiva do empenhamento.

É possível também constatar a focalização do empenhamento em outros destinatários tais como no grupo de trabalho (“vamos criando ligações com as pessoas”, na função (“gosto do serviço onde trabalho”) e na profissão (“gosto daquilo que faço”).

Este conjunto de fatores, podem ajudar a explicar os níveis de empenhamento evidenciados pelas enfermeiras que compõem a amostra.

Ainda relativamente à permanência na organização, uma das entrevistadas refere como um dos principais motivos a estabilidade contratual oferecida pela própria empresa. Uma outra menciona a questão financeira, fazendo uma alusão aos custos eventuais de uma possível deslocação para uma organização mais distante:

E6 (...) porque trabalhar num sítio que implique deslocações maiores, os gastos também são maiores (...).

Por último, e relativamente às razões da permanência na organização há uma das entrevistadas que faz referência à perda de investimentos feitos ao longo do tempo na própria organização, remetendo-nos para a teoria das “side-bets” de Becker (1960) e da componente calculativa ou instrumental do Modelo Tridimensional de Meyer e Allen (1991):

E13 (...) por outro tinha algumas coisas a perder... a imagem que criei, já cá estou há alguns anos, a consideração e respeito de alguns colegas (...).

Da análise deste quadro, pode-se concluir que as enfermeiras que compõem a amostra, na grande maioria, escolheram aquela organização por questões de proximidade geográfica. Mas quando se passa à análise das razões da permanência na organização, a imagem é um pouco diferente e emerge a questão da ligação afetiva: o gostar. Na sua grande maioria, as

inquiridas apontam como uma das principais razões para continuar na organização o facto de gostar de lá estar. Significa que foi-se desenvolvendo uma relação afetiva não só com a organização como entidade abstrata, mas também com os colegas (grupo de trabalho), com as próprias funções desempenhadas, com a profissão. Estes factos poderão ter implicações na análise de outros dados mais adiante.

4.3.2. Área temática II- Expetativas para o desempenho das funções não clínicas

A forma como os indivíduos percecionam os critérios de seleção, as razões que os levaram a assumir essas mesmas funções, as recompensas envolvidas podem influenciar o empenhamento como se verá mais à frente.

Nesta área temática analisa-se as repostas a várias perguntas (3, 4, 6, 15, 16) do guião de entrevista (ver anexo x)

O quadro 5 resume a análise das respostas dos entrevistados às perguntas três e quatro.

Antes de passar à análise mais detalhada da perceção que cada uma das entrevistadas tem sobre os critérios de seleção para as funções não clínicas que desempenham actualmente - o motivo pelo qual foram incluídas na amostra, esclarece-se que todas elas foram indicadas e convidadas para os respectivos cargos pelas suas chefias.

Relativamente àqueles que entendem ter sido os principais motivos para terem sido convidadas para as funções em questão, cinco das enfermeiras mencionam a questão da experiência. O item experiência está quase sempre (3) associado à antiguidade, que é referido por cinco enfermeiras como um dos principais motivos do convite. De notar que os motivos experiência/antiguidade nunca aparecem isolados, ou seja, é lícito concluir que as enfermeiras consideram que a sua experiência/antiguidade é merecedora de consideração neste contexto, mas não é determinante, uma vez que apontam outros fatores igualmente concorrentes para terem sido convidadas para os cargos:

Categorias	Perceção dos Critérios de Seleção												Motivos para aceitar					
Subcategorias	Experiência	Antiguidade	Gostar	Voluntária (não foi escolhida)	Personalidade	Empenhamento	Recusa de outros	Formação	Disponibilidade "fora de horas"	Colaboração proj. anter.	Aleatório	Competências/Capacidades	Gostar	Diferentes experiências	Tipo de horário	Dar um contributo à instituição	Mais-valia curricular	O chefe pediu
E1	X	X	X										X					
E2				X										X				
E3					X	X									X			
E4							X	X					X					
E5									X							X		
E6								X		X	X		X			X		
E7					X								X	X			X	
E8								X						X				
E9	X	X			X									X				
E10	X	X	X										X	X				
E11	X											X	X					X
E12		X						X						X			X	
E13	X	X			X	X		X						X				X

Quadro 5. Gestão de expectativas para o desempenho de funções não clínicas

E1 (...) Eu acho que me escolheram por já ter alguma experiência no serviço (...) e porque gosto dessa área (...);

E9 (...) pela quantidade de anos que eu estou aqui (...) pela minha maneira de ser (...); E10 (...) tem a ver com o facto de ter alguma experiência profissional, uma vez que já cá estou há alguns anos (...) tem mesmo a ver com o facto de eu gostar (...);

E11 (...) pela experiência e por aquilo que foi demonstrado (...);

E12 (...) por estar cá há mais tempo (...) por ter formação (...);

E13 (...) pela antiguidade, experiência, pelo perfil (...) pelo facto de ter formação (...).

Duas das inquiridas consideram que foram escolhidas para os respetivos cargos, principalmente por ser reconhecido o seu gosto pela área em questão. É o caso das E1 e E10 que estão integradas em grupos que trabalham áreas relacionadas com interesses específicos das inquiridas, respetivamente: tratamento de feridas e direitos e necessidades.

Relativamente à perceção do motivo da escolha para a função não clínica há uma inquirida que refere não ter sido escolhida, voluntariou-se:

E2 (...) não foi a mim que ela escolheu (...) na altura perguntou se alguém queria e como tinha tempo disponível, voluntariei-me (...).

A questão da personalidade é referida por quatro enfermeiras como tendo sido um dos fatores que terá condicionado o convite para a função:

E3 (...) a forma de estar (...);

E7 (...) a enfermeira chefe achou que eu era responsável (...) que tinha perfil para isso (...);

E9 (...) no feitio não sou assim tão reivindicativa nem tão acelerada (...) pela minha maneira de ser (...);

E13 (...) pelo perfil (...) sou uma pessoa calma, ponderada (...);

Duas das entrevistadas mencionam claramente o motivo do empenhamento como fator contributivo para a decisão da escolha para o cargo:

E3 (...) eu naquilo que entro empenho-me nisso, tento fazer melhor (...);

E13 (...) e penso também pelo empenho que tenho demonstrado noutras ocasiões (...).

A seleção da pessoa pode também acontecer como segunda ou terceira opção, foi o caso da E4, que foi convidada para o lugar após a chefe ter visto recusada as suas duas primeiras opções:

E4 (...) eu já sou a terceira opção no serviço (...) entretanto as duas colegas que estiveram desistiram (...).

Para cinco das entrevistadas as suas chefes tiveram em conta a sua formação complementar, quando procederam à seleção para aquelas funções. É o caso das entrevistadas E4, E6, E8, E12, E13.

Uma das entrevistadas reconhece que um dos fatores que terá sido tido em conta aquando do convite para as funções não clínicas terá sido a demonstração de disponibilidade para colaborar com a organização fora do horário normal de trabalho:

E5 (...) talvez pela disponibilidade que eu tenho, trabalhar para o hospital fora das minhas horas (...).

A colaboração em projetos anteriores é mencionada por uma das enfermeiras como potencial contributo decisor para a tomada de decisão da sua chefe. A mesma enfermeira menciona também que a sua escolha poderá ter sido aleatória, mas ao introduzir outros fatores que poderão ter estado simultaneamente envolvidos na tomada de decisão, acaba por entrar um pouco em contradição com essa ideia de aleatoriedade, uma vez que consegue identificar razões como a formação e a colaboração em projetos anteriores:

E6 (...) tenho colaborado quando o serviço precisa de outras funções para além da prestação de cuidados (...) e se calhar também é um bocadinho aleatório (...) se calhar a formação que eu acabei por fazer também deve ter pesado um bocadinho (...).

A questão das competências /capacidades é referida por uma das inquiridas como fator contribuinte para a escolha da enfermeira em causa:

E11 (...) por aquilo que fui demonstrando (...).

Pela informação recolhida podemos constatar que não há uma perceção clara por parte das enfermeiras sobre os critérios que estiveram na base da seleção dos elementos para estes grupos de trabalho em funções não clínicas. Os chefes não evidenciam um processo transparente de tomada de decisão e não envolvem os enfermeiros nesse processo, o que há partida poderá ter consequências em termos de empenhamento. A literatura apresenta evidências

de correlações entre algumas variáveis, nomeadamente recetividade da gestão às sugestões dos empregados (Cardoso, 2007) e o empenhamento afetivo, pelo que estes resultados poderão implicar algumas consequências no empenhamento nestas funções não clínicas de que estamos a tratar.

Após a análise da perceção dos indivíduos sobre os motivos da sua escolha para o desempenho das funções não clínicas, importa agora perceber, por que razões aceitaram desempenhar essas mesmas funções.

Quando questionadas sobre isto, cinco das treze enfermeiras, responderam que o fizeram porque gostavam da área ou do tema:

E1 (...) gosto dessa área. É uma área que me interessa. (...);

E4 (...) é uma área que eu gosto (...);

E11 (...) se realmente gostares da área de controlo da infeção, é espetacular (...).

O motivo mais frequentemente apontado para ter aceite a função foi o facto de se tratar de uma nova experiência, uma experiência diferente. Sete das treze entrevistadas indicaram este como o principal motivo, sendo que para três delas esta é mesmo a única razão para ter aceite o convite para o cargo:

E2 (...) achei que podia ser alguma experiência diferente (...);

E8 (...) estava a precisar de dinamizar um bocadinho (...);

E9 (...) é um desafio, uma coisa diferente (...).

Esta questão foi valorizada por várias entrevistadas, mostrando que será uma questão a ter em conta quando se trata de gerir os recursos humanos no que diz respeito à distribuição deste tipo de funções. Devemos ter em conta a importância que a literatura tem atribuído a algum tipo de antecedentes do empenhamento organizacional como as funções desafiantes e oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento pessoal (Cardoso, 2007).

Apenas uma das entrevistadas menciona o tipo de horário como motivação para aceitar o desempenho da função. Tal explica-se pelo simples facto de o cargo estar associado a um horário fixo de segunda a sexta-feira, algo que era muito desejado pela enfermeira em questão:

E3 (...) pelo horário fixo! (...).

Dar um contributo à instituição é apontado como uma das razões para aceitar a função para que foram convidadas para as funções não clínicas por duas enfermeiras. Para uma delas, é mesmo o único motivo apontado:

E5 (...) na altura porque era um contributo para a instituição, independentemente de eu poder receber alguma coisa ou não, pensei que seria uma mais valia trabalhar nesse sentido (...);

E6 (...) gosto de contribuir de alguma forma com aquilo que sei para aquilo que vamos tendo no serviço (...);

Duas enfermeiras aceitaram desempenhar a função, no tendo em vista a mais-valia curricular que poderia representar:

E7 (...) achei que me ia dar outras oportunidades e além de fazer mais currículo (...).

E 12 (...) porque eu penso que é importante para o nosso currículo profissional (...).

Por fim, duas das inquiridas incluem nas suas motivações o facto de ter sido um pedido do chefe:

E11 (...) porque a chefe pediu (...).

E13 (...) e também por consideração à chefe que pensou em mim para a função (...).

Depois de se tentar perceber quais foram os fatores que motivaram as enfermeiras para aceitarem as funções que lhes foram propostas, foi-lhes perguntado:

- sobre a existência de alguma recompensa para o desempenho dessas funções (questão 6 do guião);
- se consideravam que deveria existir essa recompensa (questão 15 do guião);
- se sim, qual seria a recompensa (questão 16 do guião).

São as respostas a estas perguntas que o quadro 6 sintetiza.

Das treze enfermeiras que foram entrevistadas, apenas duas afirmam receber recompensa pelas funções desempenhadas:

E12 (...) Recebo (...) Conhecer outras pessoas e partilhar experiências (...);

E8 (...) Eu sinto-me recompensada porque eu acho que apesar de tudo os meus pares, colegas reconhecem o meu trabalho (...);

Categorias	Recebe alguma recompensa pela função		Deve haver recompensa para quem desempenha essas funções			Recompensa justa para o desempenho		
Subcategorias	Sim	Não	Sim	Não	Não sei	Incentivos económicos ³	Tempo	Formação gratuita
E1		X		X			X	
E2		X	X			X		
E3		X	X			X		
E4		X	X			X	X	
E5		X	X			X		
E6		X	X			X	X	
E7		X		X			X	X
E8	X			X			X	
E9		X			X		X	
E10		X	X			X	X	
E11		X		X				
E12	X			X				
E13		X	X			X		

Quadro 6. Recompensas pelo exercício de funções não clínicas

Curiosamente a enfermeira designada por E8, como veremos mais adiante, manifesta o desejo de abandonar a função e é dos elementos que compõem a amostra, a que classifica o seu grau de empenhamento com o valor mais baixo. Igualmente é interessante verificar que as recompensas mencionadas não contemplam aspectos monetários.

Relativamente à questão de considerar se deveria haver uma compensação para os enfermeiros que exercem funções não clínicas, sete consideram que sim. Cinco das enfermeiras consideram que não e uma das inquiridas não tinha opinião formada.

Quando questionadas sobre qual seria a recompensa justa para o cargo/função que desempenham presentemente, as respostas não foram muito variadas, centrando-se essencialmente em duas áreas: incentivos económicos (7) e disponibilização de mais tempo para o exercício da função (7). Uma das enfermeiras apontou a questão da formação gratuita.

³ Dias de férias E13; económicos E10; económicos E6; económicos E5; económicos E3; económicos E2

4.3.3. Área temática III- Empenhamento em funções não clínicas

4.3.3.1. Descrição do empenhamento em funções não clínicas.

Relativamente a este foco de empenhamento, foi pedido que fizessem uma descrição do seu empenhamento nessas mesmas funções. O quadro 7 faz uma síntese das principais ideias referidas durante as entrevistas.

Quando se pede às entrevistadas que descrevam o seu empenhamento relativamente às funções não clínicas que desempenham nos vários contextos em que se enquadram sete referem que já se empenharam mais do que se empenham atualmente:

E1 (...) já me empenhei mais (...);

E5 (...) não é a que tínhamos no início (...);

E10 (...) já foi mais (...);

E11 (...) quando entrei era muito. Agora não (...);

E12 (...) no início empenhei-me mais (...).

Efetivamente, pelo discurso de três das entrevistadas, é possível constatar algum desapontamento e desajuste de expectativas:

E2: (...) achei que até fosse ficar mais motivada (...) até nem tem tanto interesse quanto isso (...);

E3 (...) acaba por desmotivar um pouco (...);

E10 (...) (a desilusão) acaba por não se refletir porque eu sou obrigada a ir buscar energias extra (...).

É possível também detetar no discurso de algumas das entrevistadas alguma ambiguidade de papéis, indefinição de objetivos e falta de *feedback*:

E1 (...) não temos tido reuniões, nem diretrizes para o trabalho (...);

E2 (...) ainda não percebi muito bem até que ponto estamos a atingir o objetivo (...);

E3 (...) e não ver o resultado daquilo que fazemos (...).

Por outro lado, há uma enfermeira que se considera totalmente empenhada e não coloca reservas nos seus níveis de empenhamento, apresentando um discurso diferente de todas as outras relativamente a este aspeto:

E4 (...) eu acho que me empenho muito e é também porque é uma área que eu gosto (...) eu mesmo fora, em casa empenho-me (...) eu não vou só fazer aquilo que no fundo está protocolado ou que nos é dito no início do ano, tento colaborar ao máximo e acho que me empenho bastante (...).

	Como descreve o empenhamento à função	Comparação com as funções clínicas
E1	Já me empenhei mais; Não temos tido reuniões, nem directrizes para o trabalho...;	É diferente; Da mesma forma que me empenho nos cuidados aos utentes, mas em níveis diferentes, porque é cuidados diretos, ali é trabalho. Satisfazem-me os dois;
E2	Faço aquilo que me é pedido; Achei que até fosse ficar mais motivada; Até nem tem tanto interesse quanto isso; Ainda não percebi muito bem até que ponto estamos a atingir o objetivo;	É diferente, a dedicação é diferente; No fundo lá só faço aquilo que me é pedido; Aquilo é praticamente trabalho de escritório;
E3	Na CCI empenho-me de igual forma (como inicialmente); Nas auditorias já me empenhei mais; Acaba por desmotivar um pouco; Aliás os auditores já acabaram por pedir todos para sair; Acaba por ser muitos anos, não há formação (...) reuniões muito poucas; E não ver o resultado daquilo que fazemos;	NA
E4	Eu acho que me empenho muito; Eu não vou fazer só aquilo que está protocolado ou que nos é dito no início do ano, tento colaborar ao máximo e acho que me empenho bastante;	Eu gosto de fazer aquilo que é bem feito e por isso dá-me gosto trabalhar e penso que em relação à CCI é igual; Gosto tanto de uma coisa como de outra e empenho-me igual; Apesar de que às vezes (no serviço) faço uma coisa e no turno seguinte fazem de outra maneira (...) eu fico um bocado frustrada (...) na CCI é diferente (...) vejo mais resultados;
E5	Poderia ser mais; Não é a que tínhamos no início;	Empenho-me mais na prestação de cuidados ao doente; Pertencer a esses grupos estou menos motivada que na prestação de cuidados;
E6	Neste momento não tenho um nível de empenho muito grande;	Aquilo em que eu me esforço mais é na prestação de cuidados ; Tento fazer o melhor que sei (...) mas acho que a motivação é diferente (...) não há aquela compensação direta; Também pelo meu gosto pessoal; Prefiro estar na prestação direta de cuidados;
E7	Razoável, mais ou menos; Acho que me podia empenhar mais; Não estou a empenhar-me ao máximo;	Dedico-me mais aos cuidados diretos ao doente. Muito mais. Apesar daquilo ser uma mais valia (...) gosto mais de estar com o doente;
E8	Já foi mais; Agora estou lá até um bocadinho por estar; Não estou motivada;	(...) contudo eu em tudo o que aceito fazer dedico-me inteiramente; Não sei se será comparável; Acho também que é interessante nós termos outro tipo de tarefas; Eu acho que consigo dizer que gosto e me dedico de igual forma às duas coisas;
E9	Acho que me empenho a 100%; Acho que me empenho o máximo;	(...) acho que é igual;
E10	Já foi mais; (a desilusão) acaba por não se reflectir porque eu sou obrigada a ir buscar energias extra; Mas é preciso mais empenho, mais esforço (...) para compensar;	É diferente, mas acaba por ser mais ou menos a mesma intensidade; Mesmo contrariada (...) acaba por ser mais ou menos o mesmo empenho que eu acabo por ter com os doentes;
E11	Quando entrei era muito. Agora não.	Nos cuidados sou claramente superior. Eles (os utentes) precisam de nós e temos que dar o máximo (...) e eu não sei fazer de outra forma; Na CCI e na Qualidade, quando é para trabalhar é para trabalhar (...) mas o extremo não.
E12	No início empenhei-me mais; Agora vou de acordo como vai o grupo; Mas empenho-me. Se é para trabalhar, trabalho;	É igual. Quer goste mais, quer goste menos, o empenho tem que ser o melhor; Uma coisa é empenhar com gosto, outra coisa é empenhar porque quero dar o meu melhor; Mas o empenho em quantidade tem que ser igual;
E13	Empenho-me bastante nessa função; Às vezes considero que não dou tanto como poderia ou deveria dar;	É diferente. Mas posso dizer que me empenho da mesma forma. Não posso dizer que é mais ou é menos;

Quadro 7. Descrição do empenhamento em funções não clínicas

Repare-se no caso particular desta enfermeira, que foi selecionada para a função como terceira escolha, após a desistência de duas outras enfermeiras. Ela referiu como único motivo para aceitar o cargo o facto de gostar (ver área temática I).

Ainda dentro desta área temática, é pedido às entrevistadas que façam uma comparação desse mesmo empenhamento que acabaram de caracterizar com o empenhamento nas funções clínicas (cuidados diretos aos utentes).

Várias das inquiridas manifestam logo à partida uma clara distinção entre os dois tipos de funções (clínicas e não clínicas), dando como primeira resposta: “é diferente”.

E1 (...) É diferente; Da mesma forma que me empenho nos cuidados aos utentes, mas em níveis diferentes, porque é cuidados diretos, ali é trabalho (...);

E2 (...) a dedicação é diferente (...) aquilo é praticamente trabalho de escritório, é tudo mais no papel. Com os doentes não tem nada a ver (...);

E10 (...) É diferente, mas acaba por ser mais ou menos a mesma intensidade (...);

E13 (...) É diferente. Mas posso dizer que me empenho da mesma forma (...).

Algumas enfermeiras evidenciam um nível de empenhamento nas funções não clínicas inferior relativamente à prestação de cuidados diretos aos utentes:

E2 (...) é diferente (...) lá (no grupo) só faço aquilo que me é pedido (...) com os doentes não tem nada a ver (...).

E5 (...) empenho-me mais na prestação de cuidados ao doente (...) por isso pertencer a esses grupos neste momento estou menos motivada que na prestação de cuidados (...). E6 (...) aquilo em que eu me esforço mais é na prestação de cuidados (...) porque eu prefiro estar na prestação direta de cuidados do que nesse tipo de trabalhos que não envolva a prestação de cuidados (...)

E7 (...) dedico-me mais aos cuidados ao doente. Muito mais (...) porque gosto mais de estar em contacto com as pessoas (...).

E11 (...) nos cuidados sou claramente superior (no empenhamento) (...).

Um outro grupo de enfermeiras descreve igual nível de empenhamento quando comparados os dois tipos de funções:

- E1 (...) Da mesma forma que me empenho nos cuidados aos utentes (...)*
- E4 (...) Gosto tanto de uma coisa como de outra e empenho-me igual (...)*
- E8 (...) eu gosto da área da prestação de cuidados. Acho também que é interessante nós termos outro tipo de tarefas (...) eu acho que consigo dizer que gosto e me dedico de igual forma às duas coisas (...).*
- E9 (...) em relação aos doentes acho que é igual (...).*
- E10 (...) acaba por ser mais ou menos o mesmo empenho que eu acabo por ter com os doentes (...).*
- E12 (...) o empenho é o mesmo. Uma coisa é empenhar com gosto, outra coisa é empenhar porque quero dar o meu melhor. Mas o empenho em quantidade tem que ser igual (...).*

Nenhuma das inquiridas descreve um estado compatível com maiores níveis de empenhamento em funções não clínicas. O ponto seguinte faz a avaliação dos mesmos critérios que se pretendeu apreciar de forma mais subjetiva através de duas perguntas abertas (ver guião da entrevista), de uma forma mais objetiva.

4.3.3.2. Classificação funções clínicas/ funções não clínicas

Depois de fazer uma avaliação descritiva do empenhamento nas funções não clínicas, foi pedido às enfermeiras que classificassem numa escala de 0 a 10 o quanto gostam e o quanto se sentem empenhadas tanto nas funções clínicas (prestação direta de cuidados aos utentes) como nas funções não clínicas, respetivamente.

	Funções Clínicas		Funções Não Clínicas	
	Gostar	Empenhamento	Gostar	Empenhamento
E1	10	10	10	8
E2	9	9	6	6
E3	NA	NA	10	10
E4	9	9	9	9
E5	10	10	6	4
E6	9	8	5	5
E7	9	8	5	5
E8	7	8	6	6
E9	10	10	10	10
E10	9	10	7	8
E11	10	10	8	9
E12	9	9	5	9
E13	9	9	9	9
Total	9.166	9.166	7.38	7.53

Quadro 8. Classificação funções clínicas/ funções não clínicas

Numa primeira análise, é possível constatar que quantitativamente as enfermeiras classificam as funções não clínicas de uma forma menos positiva do que as funções clínicas.

Das treze enfermeiras entrevistadas, oito referem, no discurso, gostar menos das funções não clínicas que desempenham comparativamente com as funções clínicas. Igualmente, da amostra, oito enfermeiras mencionam nível inferior de empenhamento nas funções não clínicas.

Depois de fazer uma avaliação das funções clínicas e não clínicas, foram questionadas a identificação deste tipo de funções (não clínicas) como funções de enfermagem (ver quadro 9).

	Trabalho de Enfermeiro												
	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13
Sim	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Não													

Quadro 9. Reconhecimento de funções não clínicas como trabalho de enfermagem

Como é facilmente constatável, todas as enfermeiras, consideram as tarefas em que se encontram envolvidas em contexto não clínico, da sua competência. Independentemente, do seu grau de empenhamento e do gosto com que as desempenham, consideram que os enfermeiros devem estar envolvidos nestes grupos de trabalho, comissões, equipas.

E7 (...) vejo como trabalho de enfermeiro (...) Faz todo o sentido pertencer a este grupo (...);

E9 (...) eu acho que faz todo o sentido. É uma atividade muito ligada à enfermagem, muito ligada ao doente (...) deve ser feito por enfermeiros (...);

E12 (...) vai de encontro às funções do enfermeiro (...).

Segundo a perspetiva do investigador, e face à própria experiência, esta postura de disponibilidade dos enfermeiros em colaborar com tudo que se relaciona com a profissão, com os contextos de trabalho, é experimentado diariamente na generalidade dos ambientes laborais.

4.3.3.3. Antecedentes do empenhamento

Atribuída uma classificação quantitativa às funções não clínicas, estabelecendo uma comparação com as funções clínicas, impõe-se uma

avaliação mais profunda, no sentido de atribuir uma base interpretativa aos resultados obtidos anteriormente.

Foi numa primeira fase perguntado às entrevistadas se consideravam que seria possível, no seu caso pessoal, de alguma forma, aumentar o seu nível de empenhamento nas funções não clínicas.

De seguida foram inquiridas sobre quais os fatores que poderiam contribuir para aumentar o seu grau de empenhamento.

Foi então construída uma grelha de análise (quadro 10) baseada nas respostas obtidas, por forma a facilitar a leitura e discussão dos dados recolhidos.

Tal como foi dito anteriormente, numa primeira fase, foi perguntado a todas as enfermeiras se consideravam ser possível aumentar o seu nível de empenhamento em funções não clínicas. A resposta foi unânime, todas responderam que sim.

Assim sendo, de seguida foram questionadas sobre quais seriam os fatores suscetíveis de influenciar positivamente os seus níveis de empenhamento.

As respostas foram diversificadas.

Neste caso optou-se por analisar as respostas por ordem de frequência: da resposta mais frequente para a menos frequente.

O fator mais frequentemente mencionado como aquele que seria capaz de influenciar positivamente o empenhamento das enfermeiras em funções não clínicas foi o tempo disponível para o desempenho da função. Dez das treze enfermeiras referiram a importância de ter mais tempo disponível para dedicar às tarefas em questão:

E1 (...) Se tivéssemos mais tempo, poderíamos empenhar-nos mais (...);

E6 (...) se eu tivesse tempo para aquela função eu podia empenhar-me muito mais (...);

E10 (...) bastava horas (...) se nos dessem horas isso era muito bom (...).

De seguida, e por frequência de resposta, as inquiridas referem a questão das condições de trabalho como um fator a melhorar e que poderia ter grande impacto em termos de empenhamento nos grupos de trabalho em que as enfermeiras estão envolvidas:

Categorias	Possibilidade de aumentar o empenhamento		Fatores que influenciam o empenhamento										
Subcategorias	Sim	Não	Condições de trabalho	Tempo	Incentivos económicos	Formação	Feedback	Reconhecimento	Indefinição de objetivos	Justiça organizacional	Liderança do grupo de trabalho	Falta de empenho de outros profissionais	Sensação de desperdício
E1	X		X	X									
E2	X		X	X	X								
E3	X				X	X	X						
E4	X		X	X	X		X	X					
E5	X			X				X					
E6	X			X					X	X			
E7	X					X					X		
E8	X		X	X			X					X	X
E9	X		X										
E10	X			X	X			X					
E11	X			X				X					
E12	X		X	X				X	X				
E13	X		X	X					X		X		X

Quadro 10. Antecedentes do empenhamento

E4 (...) Condições de trabalho, por exemplo, nas manhãs que temos dedicadas para a CCI também não temos um espaço físico. Normalmente eu trago o meu portátil para ter computador para fazer as coisas porque não há condições (...);

E8 (...) Mesmo que queiramos trabalhar não há condições, não há salas, não há condições (...);

E12 (...) Não temos meios disponíveis que são os computadores e quando tem que ser feito fora do horário de trabalho, às vezes temos que nos reunir por nossos meios particulares (...).

O reconhecimento, ou a falta dele, é mencionado por cinco das entrevistadas como um fator que tem algum impacto no grau de empenhamento nestas tarefas.

Assim, algumas enfermeiras referem algumas questões relacionadas com a falta de reconhecimento por parte da gestão de topo do esforço por elas desenvolvido no sentido de dar resposta ao que lhes é pedido no âmbito destes grupos de trabalho em que estão envolvidas:

E5 (...) Acho que há pouco reconhecimento quer pela instituição, quer pelas chefias (CA, serviço) há pouco reconhecimento do trabalho que estes profissionais fazem para além da prestação de cuidados (...);

E11 (...) Quando entrei era muito (o reconhecimento) (...) Agora não (...) precisamente pela falta de reconhecimento (...) pela instituição (...).

Das treze inquiridas, apenas quatro apontam como fator que eventualmente poderia melhorar o empenhamento na sua função não clínica atual o incentivo económico (E2; E3; E4; E10) e nunca de forma isolada. Ou seja, é lícito considerar, que per si, a questão financeira não é determinante na questão do empenhamento, neste caso. Este facto está em concordância com dados anteriormente obtidos neste estudo que apontam no sentido de um empenhamento organizacional afetivo.

A ausência de *feedback* é apontada por três das treze entrevistadas como um dos fatores negativamente correlacionado com o empenhamento:

E3 (...) não ver resultados daquilo que fazemos (...);

E4 (...) a nível do conselho de administração não há comunicação nenhuma (...);

E8 (...) nem reconhece, nem deixa de reconhecer, não há feedback (...).

A indefinição de objetivos é também referida por três das enfermeiras como elemento a ser melhorado e assim influenciar positivamente o empenhamento dos profissionais que desempenham as funções em questão:

E6 (...) devido a uma questão de organização inicial em que andamos ali um bocado perdidos, sem saber bem o que teríamos que fazer (...);

E12 (...) Uma definição mais clara dos objectivos (...);

Duas enfermeiras mencionam a necessidade de formação complementar:

E3 (...) eu acho que faz falta é formação nesta área (...);

E7 (...) eu acho que precisávamos de mais formação (...).

A insatisfação com a liderança do grupo de trabalho e a relação deste fator com o empenhamento é visível no depoimento de duas das entrevistadas:

E7 (...) a liderança desse grupo não é a melhor o que não motiva tanto (...);

E13 (...) penso que o grupo precisava de liderança. Alguém que liderasse as tropas (...)

Duas enfermeiras falam em “sensação de desperdício de tempo” com uma das razões que contribui para a diminuição do seu empenhamento:

E8 (...) a sensação que eu tenho às vezes é que é desperdiçar tempo (...);

E13 (...) tenho muitas vezes a sensação de que estou a perder tempo (...).

As questões do âmbito da (in)justiça organizacional são apontadas por uma das entrevistadas:

E6 (...) acho importante neste tipo de situações haver igualdade de condições para toda a gente (...) tenho um esforço muito maior do que outros colegas que lá estão e o empenho naturalmente também será diferente (...).

Uma das inquiridas faz referência à falta de empenho de outros profissionais, o que por si só tem influência no restante grupo de trabalho, com as naturais implicações no empenhamento da enfermeira em causa:

E8 (...) não há empenho de outros grupos profissionais que são importantíssimos o que acaba por servir como fator de desmotivação (...).

As enfermeiras que compõem a amostra identificam com relativa facilidade uma quantidade considerável de variáveis, do seu ponto de vista, se correlacionam com o empenhamento.

A literatura demonstra evidências empíricas que parecem ir de encontro a algumas variáveis apontadas pelas entrevistadas, nomeadamente suporte e justiça organizacional, ambiguidade de papeis.

Meyer e Allen (1997) salientam a importância atribuída por múltiplos estudos aos conceitos de suporte e justiça organizacional.

E6 (...) acho importante neste tipo de situações haver igualdade de condições para toda a gente (...) Eu vou para o grupo de trabalho e tenho um esforço muito maior do que outros colegas que lá estão e o empenho naturalmente também será diferente.

Note-se ainda a questão da ambiguidade de papeis, já referida na década de 90 pelos estudos de Mathieu e Zajac (1990) e que neste estudo é também referida como fator contributivo para um menor empenhamento.

E6 (...) acho que havia ainda pouca noção daquilo que eram os objectivos específicos, o que é que tínhamos que fazer e acho que andávamos ali muito perdidos.

E12 (...) Uma definição mais clara dos objectivos.

E13 (...) Porque ficamos um bocadinho a navegar sozinhos e isso por vezes faz com que andemos a perder tempo desorientados e sem rumo. E eu gosto de objetivos claros e bem definidos.

4.3.4. Área temática IV- Gestão de expectativas futuras

Na parte final da entrevista, é perguntado às enfermeiras se gostariam de exercer as funções não clínicas em exclusividade, ou seja, abandonando completamente a função assistencial direta aos utentes. São de seguida questionadas sobre se, perante a oportunidade de se libertarem dessas funções não clínicas, se o desejariam fazer, e dessa forma, passar a dedicar-se exclusivamente aos cuidados diretos aos doentes (ver quadro 9).

Pela análise do quadro 11, é possível concluir que nenhuma das inquiridas manifesta o desejo de desempenhar exclusivamente funções não clínicas:

E4 (...) É uma área que eu gosto muito e se calhar até me via a trabalhar nessa área, agora deixar a prestação de cuidados diretos ao utente isso não gostava (...);

E7 (...) Não. Para mim a parte do contacto com o doente é o mais importante (...);

E13 (...) Não me estou a ver sem contactar com os doentes, pelo menos, por agora (...).

	Desejo de dedicação exclusiva a funções não clínicas		Desejo de abandono das funções não clínicas	
	Sim	Não	Sim	Não
E1		X		X
E2		X		X
E3	NA	NA		X
E4		X		X
E5		X	X	
E6		X		X
E7		X		X
E8		X	X	
E9		X		X
E10		X		X
E11		X		X
E12		X		X
E13		X		X

Quadro 11. Desejo de dedicação exclusiva vs. desejo de abandono das funções não clínicas

Por outro lado, quando confrontadas com a possibilidade de ficarem dispensadas da realização dessas mesmas tarefas, ficando assim ligadas exclusivamente aos cuidados diretos aos utentes, as respostas das enfermeiras direccionam-se maioritariamente para o desejo de manter a ligação às funções não clínicas:

E2 (...) Não, mantinha esta função. Porque apesar de tudo é uma experiência diferente, que me dá outros conhecimentos (...);

E3 (...) isso também não (...) porque no fundo é uma área que eu gosto e acho que foi uma conquista apesar de ter sido a terceira escolha (...) enquanto cá trabalhar e enquanto me quiserem eu continuo (...);

E6 (...) De todo não sinto essa necessidade de abandonar e dá-me algum gosto pessoal continuar a exercer essas funções (...).

Apenas duas das inquiridas demonstraram algum desejo de abandonar as funções (E5; E8). Mas mesmo essas duas enfermeiras manifestam esse desejo de uma forma subtil, pouco marcada, referindo que o fariam (abandonavam), mas não por iniciativa própria:

E5 (...) Ficava contente (se lhe propusessem o abandono). Por muitas intercorrências que têm acontecido, dificuldades que têm surgido no GTQ e na EGA e pela falta de motivação que neste momento tenho por várias

intercorrências, abandonava tanto uma coisa como outra, se pudesse sim (...);

E8 (...) sim, aceitava (deixar a CCI). Não me fazia grande diferença (...).

Segundo a perspectiva do investigador, baseada na sua própria experiência como profissional da área, a análise deste quadro não é de todo surpreendente. Bem pelo contrário, os resultados obtidos demonstram que, não obstante tratar-se de uma classe profissional muito empenhada em questões do âmbito organizacional, dinâmica e recetiva à mudança, a maioria dos seus profissionais continuam a ter como principal foco de motivação o cuidar.

Segundo os Estatutos da Ordem dos Enfermeiros (2009) “O título de enfermeiro reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, à família e à comunidade”, e é esta, regra geral, a expectativa inicial de um profissional de enfermagem quando inicia o seu percurso profissional, e muito provavelmente ao longo de toda a sua carreira. Não é assim de estranhar, que na totalidade da amostra, nenhuma das enfermeiras se mostrou disponível para deixar a área da prestação de cuidados, por muito apelativa que fosse a temática da função não clínica em que se encontra envolvida atualmente.

5. Conclusões e Sugestões

5.1. Principais conclusões e Contributos do Estudo

Chegada a fase final deste trabalho, apresentam-se as principais conclusões extraídas do estudo.

Com este trabalho, pretendia-se estudar o empenhamento dos enfermeiros que exercem a sua actividade em contexto hospitalar, em funções não clínicas.

O empenhamento é descrito como um laço psicológico que caracteriza a ligação dos indivíduos à organização (Meyer e Allen, 1991). Como já foi referido anteriormente, este conceito está correlacionado com vários outros de importância reconhecida para a gestão dos recursos humanos: o *turnover*, o absentismo, a pontualidade, o desempenho (O' Reilly e Chatman, 1986).

As consequências associadas ao próprio constructo do empenhamento em contexto de trabalho, fazem com que se revele de uma elevadíssima importância quer do ponto de vista das organizações, quer dos próprios indivíduos, até mesmo numa perspectiva social mais vasta (Caetano e Tavares, 2000).

Neste caso em particular, optou-se por um estudo exploratório descritivo em que foi utilizado a entrevista semiestruturada como instrumento de recolha de dados. As entrevistas foram realizadas a um conjunto de enfermeiros que exercem a sua atividade num centro hospitalar da região norte de Portugal.

Foi efetuada a transcrição das entrevistas (ver anexo 2) e analisado o conteúdo com base na codificação e categorização das estruturas sequenciais do texto, permitindo assim alguma sistematização na interpretação dos dados.

A análise de conteúdo pretendeu ir ao encontro das questões que estiveram na génese deste estudo e que foram indicadas na fase inicial deste trabalho:

- De que forma os enfermeiros se encontram empenhados nessas funções que desempenham para além das funções de atividade assistencial direta aos utentes ou funções não clínicas.

Relativamente a esta questão a maioria das inquiridas revela um elevado grau de empenhamento para com a função não clínica actualmente desempenhada.

- Qual o tipo de ligação que mantêm com a organização?

Pelos dados obtidos através do estudo, é possível constatar que a maioria das enfermeiras que compõem a amostra mantêm com a organização uma ligação afetiva que foram desenvolvendo ao longo do seu percurso profissional. O fator mais frequentemente referido como o responsável para se manter na organização é “gostar” (ver quadro 4).

- Qual o tipo de ligação que mantêm com a função?

Maioritariamente, as enfermeiras inquiridas mantêm um vínculo à função, mais uma vez por razões afetivas e por questões de desafio profissional, de motivação e auto-estimulação. Apesar de serem muito claras quando recusam liminarmente o exercício destas funções em exclusividade, abandonando as funções assistenciais, é transversal à amostra o desejo de manter esta diversidade de funções.

- Por que razões aceitaram desempenhar aquela função? Reconhecem aquela função, como trabalho de enfermagem?

A perceção deste tipo de funções como trabalho de enfermagem é universal dentro desta amostra. Todas as enfermeiras reconhecem as suas funções não clínicas como legítimo trabalho de enfermagem, sendo que várias delas salientam até a elevada importância do papel do enfermeiro nesse tipo de funções.

- Será que os enfermeiros se sentem devidamente recompensados por essas funções?

As respostas obtidas relativamente a esta questão permitem inferir que a grande maioria dos enfermeiros estudados não se sente devidamente recompensado pelas funções não clínicas desempenhadas. Das treze enfermeiras que compõem a amostra, apenas duas referem sentir-se recompensadas.

- Será possível influenciar positivamente o grau de empenhamento dos enfermeiros relativamente ao desempenho daquelas funções?

Relativamente a esta questão, a totalidade das inquiridas considera que seria possível aumentar o grau de empenhamento relativamente às funções não clínicas atualmente desempenhadas. São apontadas por todas enfermeiras, uma diversidade de fatores que poderiam e deveriam, do seu

ponto de vista, ser alterados e assim influenciar positivamente o seu empenho – tempo para a função; condições de trabalho; reconhecimento; entre outros.

- Quais os motivos pelo qual mantêm a ligação e se por ventura seria possível ou adequado alterar procedimentos, estratégias ou comportamentos de forma a obter ganhos relativamente a estas matérias, com benefícios simultaneamente para o indivíduo e para a organização.

Esta questão surge no seguimento da anterior e relaciona-se com os antecedentes do empenhamento. Este estudo dá-nos pistas sobre alguns aspetos que muito provavelmente ao ser alterados influenciariam positivamente os níveis de empenhamento dos colaboradores envolvidos nas funções não clínicas. São os descritos no quadro 10.

Em suma, os resultados apontam para o desenvolvimento de uma ligação afetiva para com a organização de forma global, sendo esta a principal razão para nela se manter. A maioria das entrevistadas apontou outros motivos para ter ingressado naquela organização, mas depois quando questionadas sobre os motivos da sua permanência, a tendência de resposta sofre uma clara alteração deslocando-se para a hipótese da relação afetiva – “porque gosto”- é a resposta mais frequente. Estamos claramente perante a dimensão afetiva do empenhamento, o que terá concertiza implicações em vários outros comportamentos de cidadania organizacional.

Este direcionamento para a dimensão afetiva do empenhamento, não colide, no entanto com a evidência de algum empenhamento instrumental, demonstrado por algumas das entrevistadas, que fazem referência à falta de alternativas em termos de ofertas de emprego, relacionadas com a conjuntura socioeconómica atual.

De salientar ainda a multifocalização do empenhamento evidenciado pelos indivíduos que compõem a amostra. Em vários momentos são identificados os vários focos que centralizam o empenhamento individual – os colegas, o serviço, a organização, o chefe. Esta perspetiva parece estar alinhada com as evidências empíricas encontradas na literatura que apresenta o construto global de empenhamento como um conjunto de empenhamentos múltiplos em relação a vários grupos/entidades que compõem a organização,

ou seja, em relação a múltiplos-constituintes (Reichers, 1985; Becker, 1992; Meyer e Herscovitch, 2001; Meyer, Becker e Vandenberghe, 2004).

Da mesma forma que as enfermeiras identificam os fatores responsáveis pelo aumento do seu empenhamento, também identificam os responsáveis pelo seu descontentamento, ou seja, os responsáveis pela diminuição do seu empenhamento. São apontados – as condições de trabalho; o tempo disponível; a falta de incentivos económicos; a falta de formação específica; a ausência de *feedback*; a falta de reconhecimento; a indefinição de objetivos; o sentimento de injustiça organizacional; a falta de liderança do grupo de trabalho e a falta de empenho de outros profissionais.

Vários destes fatores são reconhecidos noutros estudos como antecedentes do empenhamento.

Num estudo tendo por base enfermeiras, os enfermeiros-chefe (supervisores) desempenharam um papel importante na geração de empenhamento organizacional, funcionando como indutores de confiança e de identificação com a organização e com a função (Brewer & Lok, 1995).

Num estudo feito na China, os autores pesquisaram simultaneamente o empenhamento nos supervisores e o empenhamento na organização (Chen, Tsui e Farh, 2002).

Vandenberghe, Bentein e Stinglhamber (2004) investigaram o empenhamento afetivo dos indivíduos na organização, no supervisor e no grupo de trabalho, procurando determinar os antecedentes e consequentes daqueles focos de empenhamento.

A questão tão particular das funções não clínicas, não é para os enfermeiros vista como algo que vai para além das suas funções. Todas as enfermeiras que compõem a amostra, se sentem a desempenhar funções de enfermagem quando estão naquele papel e salientam até a importância de a sua classe profissional estar envolvida naquele tipo de grupos de trabalho.

A experiência profissional do investigador, corrobora estes achados, uma vez que ao longo da sua vida profissional, tem constatado que os enfermeiros, apesar de manifestarem publicamente grande descontentamento pelas condições que lhes são disponibilizadas para desempenhar os cargos extra-prestação de cuidados que lhes são atribuídos, não deixam de o fazer.

Precisamente, porque gostam e porque consideram essas funções importantes para a organização, para os utentes, para si e para a própria enfermagem.

Assim, quando questionados sobre a possibilidade de abandonar os cargos para que se encontram designados atualmente, a grande maioria dos inquiridos, não se mostrou disponível, e apesar das grandes lacunas em termos de condições de trabalho, preferem manter a situação atual – paralelamente desempenhar funções assistenciais diretas ao utente e participar em grupos de trabalho de *backoffice*.

A totalidade das enfermeiras que exerce funções clínicas recusa deixar essas mesmas funções para se dedicar em exclusividade a funções não clínicas. Este dado não será de todo surpreendente, atendendo à matriz da profissão da enfermagem, inculcida desde o início da formação base – um curso com uma componente prática muito forte em que a essência é o cuidar.

A maioria das enfermeiras entrevistadas diz não receber qualquer tipo de recompensa. Nenhuma delas recebe recompensa económica/financeira pelo desempenho de funções não clínicas.

Quando questionadas sobre se deveriam receber, apenas cinco consideram que sim. A recompensa mais vezes mencionada é “tempo”. As enfermeiras consideram que não lhes é atribuído tempo suficiente para desempenhar convenientemente as funções que lhes são solicitadas. Esta foi a questão mais apontada durante as entrevistas. As inquiridas consideram que cada vez lhes são pedidas mais tarefas e não lhes é disponibilizado tempo para as realizar, tendo que muitas das vezes realizá-las no seu horário pessoal. Este é considerado um grande fator de redução do empenhamento. O facto de não lhes ser reconhecida a importância, o valor, pelo esforço e dedicação em favor da organização no desempenho dessas funções “extra” correlaciona-se negativamente com o empenho destes profissionais.

Do ponto de vista do gestor, este trabalho poderá servir para demonstrar de que forma se pode gerir melhor estes recursos, que tal como se demonstrou são facilmente motiváveis, pois os seus níveis de empenhamento são naturalmente altos. Vimos que, numa escala de 0 a 10, os indivíduos posicionam-se de uma forma geral, sempre muito próximos do 10, tanto no que diz respeito às suas preferências pessoais, como no que diz respeito ao empenhamento. Mas, quase todos eles, consideram que seria possível

empenhar-se mais. Ora, aí está o papel do gestor - como ir buscar esse algo mais?

Num nível mais micro, no caso particular de uma organização como esta, um hospital, os enfermeiros-chefes, pela proximidade que têm dos restantes enfermeiros, assumem cada vez mais um papel de maior importância.

Efetivamente, as organizações têm-se tornado cada vez mais descentralizadas e os supervisores (chefes) ganham algum espaço para desenvolver relações de troca com os seus subordinados (Stinglhamber & Vandenberghe, 2003).

As chefias são determinantes no que diz respeito às questões dos sentimentos de justiça organizacional, de feedback, de reconhecimento, de liderança e até de gestão de tempo. O empenhamento nos supervisores está positivamente relacionado com o desempenho na função e mais ligado ao desempenho do que o empenhamento organizacional global (Becker *et al.*, 1996, Cheng, Jiang & Riley, 2003, Vandenberghe, Bentein & Stinglhamber, 2004). Torna-se assim fundamental, conhecer profundamente os recursos (humanos) que temos à disposição, para geri-los de forma inteligente e eficiente.

O empenhamento em contexto de trabalho é uma ferramenta a ter em conta se quisermos rentabilizar as pessoas enquanto ativos de uma organização que se quer produtiva e competitiva.

“Numa perspetiva mais alargada, a sociedade como um todo tende a beneficiar da implicação organizacional da sua força laboral uma vez que esta induz com maior probabilidade a uma produtividade nacional elevada, para além de uma melhor qualidade do trabalho, facilitando o crescimento económico da sociedade em questão” (Tavares, 2001, p. 322)

No contexto particularmente difícil como o que vivemos atualmente, não nos podemos dar ao luxo de desperdiçar aquele “algo mais” que todos nós podemos dar a qualquer organização – seja ela a nossa casa, o nosso local de trabalho, o nosso país.

5.2. Limitações e Sugestões de Investigação

Em função dos resultados obtidos com esta investigação poderiam ser feitas algumas recomendações, nomeadamente ao nível da gestão de recursos humanos.

Considera-se fundamental existir dentro de uma organização deste tipo, integrado no processo individual de cada colaborador, neste caso de cada enfermeiro, uma ficha individual onde conste as áreas de interesse e de formação complementar de cada um. A seleção de enfermeiros para cada um dos cargos não clínicos deve começar por aí. Tentar em primeiro lugar corresponder aos interesses pessoais de cada colaborador. Sugere-se uma atualização periódica desses dados com entrevista com a chefia.

Parece também evidente, pelos dados recolhidos, que deve haver uma maior interação entre colaboradores e chefias de topo, com o objetivo não só de proporcionar o tão ambicionado *feedback* mencionado por várias das inquiridas, mas também para funcionar como um momento privilegiado de recolha de informação essencial para a uma gestão mais assertiva e eficiente dos recursos humanos por parte dos gestores.

Os gestores devem ser mais criativos na busca de formas de compensação dos seus colaboradores por aquele esforço extra que muitos deles aparentemente dedicam à organização. Não sendo possível corresponder da forma mais tradicional e vulgar com compensações financeiras diretas ou indirectas, o gestor deverá ser capaz de manter as equipas motivadas com outros estímulos, contribuindo assim positivamente para os níveis de empenhamento.

Deverá haver uma preocupação em manter o equilíbrio entre aquilo que é exigido e aquilo que é proporcionado, sob pena de se fabricarem colaboradores desmotivados, pouco empenhados, em suma pouco produtivos.

O estudo foi efetuado tendo por base uma amostra por conveniência. Não se pretende de modo algum fazer generalizações. Não foi esse o objetivo. Pretendeu-se levar a cabo uma pesquisa exploratória descritiva, permitindo assim, tecer algumas considerações, relacionando a realidade observada com as evidências empíricas existentes

Nos últimos anos, a temática do empenhamento nos profissionais de saúde tem produzido alguns trabalhos (e.g. Leite, 2006; Duarte, 2011; Silva,

2011; Brito, 2012). Este documento pretende ser mais um contributo para as futuras pesquisas na área do empenhamento em contexto de trabalho.

De facto, a área particular das funções não clínicas dos enfermeiros ainda, aparentemente, não tinha sido estudada, com exceção das funções de gestão (e.g. Carvalho, 2012), pelo que os resultados obtidos abrem algumas possibilidades para novas investigações.

Poderá ser interessante alargar o estudo a amostras de maiores dimensões, para perceber se as tendências se mantêm. Seria também interessante tentar perceber se existem padrões no que se refere a características pessoais como idade, tipo de contrato e até mesmo procurar eventuais diferenças entre instituições públicas e privadas.

As limitações de tempo, não permitem tratar outras que foram surgindo com o decorrer da investigação e poderiam revelar-se interessantes no campo da investigação, nomeadamente saber se a importância que é atribuída pelas entrevistadas às questões da proximidade de casa e da família estão relacionadas com o empenhamento nestas funções.

As questões do empenhamento extra-laboral foram já estudadas anteriormente (Leite, 2006) e poderiam dar novas pistas sobre possíveis relações com o empenhamento em funções não clínicas.

Referências Bibliográficas

- Azevedo, R. M. M. (2011). *O empoderamento e a confiança dos enfermeiros: impacto na satisfação e no empenhamento organizacional*. Tese de Mestrado. Braga: Universidade do Minho
- Bardin, L. (2013). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70
- Batista, A. A., Vieira, M. J., Cardoso, N. C., Carvalho, G. R. (2005). *Factores de Motivação e Insatisfação no Trabalho do Enfermeiro*. Revista Escola de Enfermagem: Universidade de São Paulo
- Bergman, 2006
- Brito, M. M. R. (2004). *O Empenhamento organizacional e o empenhamento profissional dos enfermeiros: conflito ou complementaridade?*. Tese de Mestrado. Braga: Universidade do Minho.
- Brito, M. M. R. (2012). *Os comportamentos de cidadania organizacional dos enfermeiros hospitalares: a influência dos focos e dimensões de empenhamento e dos motivos de gestão das impressões*. Tese de Doutoramento. Braga: Universidade do Minho.
- Carvalho, T. (2012). *Managerialism and professional strategies: a case from nurses in Portugal*. Journal of Health Organization and Management, Vol. 26, 4, pp. 524-541
- Carvalho, M. T. G. (2009). *Nova Gestão Pública e Reformas da Saúde. O Profissionalismo Numa Encruzilhada*. Lisboa: Edições Sílabo
- Cassel, C., Symon, G. (2004). *Essential Guide to Qualitative Methods in Organizational Research*. Londres: Sage
- Chen, Z., Tsui, A. & Farh, J. (2002). Loyalty to supervisor vs organizational commitment: relationships to employee performance in China. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 75, 339-356.
- Cohen, A. & Hudecek, N. (1993). Organizational commitment and turnover relationships across occupational groupings: A meta-analysis. *Group and Organization Management*, 18, 188-213.
- Coyle-Shapiro, J. & Morrow, P. (2006). Organizational and client commitment among contracted employees. *Journal of Vocational Behavior*, 68, 416-431

- Cunha, M. P., Rego, A., Cunha, R. C. & Cabral-Cardoso, C. (2007). *Manual de comportamento organizacional e gestão* (6ª edição, revista e actualizada). Lisboa: RH Editora
- Dantas, M. J. P. (2012). *Enfermeiro-Chefe: Conteúdo e Quebra/Violação do Contrato Psicológico*. Dissertação de Mestrado. Braga: Universidade do Minho
- DeCotiis, T. & Summers, T. (1987). A path analysis of a model of the antecedents and consequences of organizational commitment. *Human Relations*, 40 (7), 445-470.
- Delgado, M. – *A melhoria contínua da qualidade*. In Campos, L. ; Borges, M. ; Portugal, R. – *Governança dos hospitais*. Alfragide : Casa das Letras, 2009
- Deloitte (2011). *Saúde em Análise. Uma Visão para o Futuro*. Consultado em 2012.10.12, disponível em [http://www.deloitte.com/.../pt\(pt\)_lshc_saudeemanalise_04022011.pdf](http://www.deloitte.com/.../pt(pt)_lshc_saudeemanalise_04022011.pdf)
- Decreto Lei nº 101/2006 de 06 de Junho. Consultado em 2013.10.21, disponível em <http://www.sg.min-saude.pt/sg/conteudos/legisaude/legis+cuidados.htm>
- Decreto Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro. Consultado em 2013.11.08, disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Lei_111-09_16_Setembro_EstatutoOE.pdf
- Despacho nº 14178/2007. DR nº 127, Série II de 2007-07-04
- Despacho nº 7698/2011. DR nº 107, Série II de 2011-06-02. Consultado em 2013.10.21, disponível em <http://www.sg.min-saude.pt/sg/conteudos/legisaude/legis+cuidados.htm>
- Despacho n.º 14223/2009. DR nº 120, Série II de 2009-06-24. Consultado em 2013.10.21, disponível em <http://www.sg.min-saude.pt/sg/conteudos/legisaude/legis+cuidados.htm>
- Despacho nº 2902/2013. DR nº 38, Série II de 2013-02-22.
- Direcção Geral de Saúde. (20007). Circular Normativa nº 18/DSQC/DSC de 15/10/2007. Lisboa: Ministério da Saúde
- Duarte, M. M. (2011). *Os comportamentos de cidadania organizacional dos enfermeiros hospitalares: a influência dos focos e dimensões de*

- empenhamento e dos motivos de gestão das impressões*. Tese de Doutoramento. Braga: Universidade do Minho
- Eby, L., Freeman, D., Rush, M. & Lance, C. (1999). *Motivational bases of affective organizational commitment: a partial test of an integrative theoretical model*. Journal of Occupational and Organizational Psychology, 72, 463-483.
- ERS (2011). *Relatório Preliminar da Rede Hospitalar com Financiamento Público*. Porto: ERS
- Escoval, A., Fernandes, A. C. (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016 – Cuidados de Saúde Hospitalares*. Lisboa: Ministério da Saúde
- Felfe, J., Schmook, R., Schyns, B. & Six, B. (2008). *Does the form of employment make a difference? – commitment of traditional, temporary, and self-employed workers*. Journal of Vocational Behavior, 72, 81-94.
- Ferreira, M. M. (2008). *Estratégias de Promoção da Autonomia: Dos Enfermeiros Chefes aos Enfermeiros*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar
- Finegan, J. (2000). *The impact of person and organizational values on organizational commitment*. Journal of Occupational and Organizational Psychology, 73, 149-169
- Flick, U. (2005). *Métodos Qualitativos Na Investigação Científica*. Lisboa: Edições Monitor
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta
- Graça, L. – Importância da gestão em saúde [editorial]. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 23 : 1. (Janeiro/Junho 2005) 3-4
- Glisson, C. & Durick, M. (1988). *Predictors of job satisfaction and organizational commitment in Human Service Organizations*. Administrative Science Quarterly, 33, 61-81
- Goffin, R. & Gellatly, I. (2001). *A multi-rater assessment of organizational commitment: are self-report measures biased?*. Journal of Organizational Behavior, 22, 437-451.
- Goleman, D. (1998). *Working with Emotional Intelligence*. USA: Bantam Books

- Goulet, L. R. & Frank, M. L. (2002). Organizational commitment across three sectors: public, non-profit, and for-profit. *Public Personnel Management*, 31(2), 201-210
- Hackett, R., Bycio, P. & Hausdorf, P. (1994). *Further assessments of Meyer and Allen's (1991) three model of organizational commitment*. *Journal of Applied Psychology*, 79 (1), 15-23.
- Honório, C. J. F. (2009). *Percepção de apoio organizacional e empenhamento organizacional: que relação?: estudo de uma amostra numa empresa do sector bancário*. Tese de Mestrado. Lisboa: Universidade de Lisboa
- Iverson, R. & Buttigieg, D. (1999). Affective, normative and continuance commitment: can the „right kind“ of commitment be managed? *Journal of Management Studies*, 36 (3), 307-333.
- Kirpal, S. (2004). *Work identities of nurses: Between caring and efficiency demands*. *Career Development International*, Vol. 9, 3, p. 274-304
- Lee, T. & Mowday, R. (1987). Voluntarily leaving an organization: an empirical investigation of Steers and Mowday's model of turnover. *Academy of Management Journal*, 30 (4), 721-743.
- Leite, R. (2006). *Empenhamento na Organização e na Profissão*. Tese de Doutoramento. Braga: Universidade do Minho
- Luthans, F., Baack, D. & Taylor, L. (1987). *Organizational commitment: analysis of antecedents*. *Human Relations*, 40 (4), 219-236
- Mathieu, J. & Kohler, S. (1990). A test of the interactive effects of organizational commitment and job involvement on various types of absence. *Journal of Vocational Behavior*, 36 (1), 33-44.
- Mathieu, J. & Zajac, D. (1990). *A review and meta-analysis of the antecedents, correlates and consequences of organizational commitment*. *Psychological Bulletin*, 108 (2), p. 171-194.
- McInnis, K., Meyer, J. & Feldman, S. (2009). Psychological contracts and their implications for commitment: a feature-based approach. *Journal of Vocational Behavior*, 74, 165-180.
- McNeese-Smith, D. (2001). *A nursing shortage: building organizational commitment among nurses*. *Journal of Healthcare Management*, 46 (3), p.173-186.

- Meyer, J. P., Allen, N. J. (1991). *A three component conceptualization of organizational commitment: Some methodological considerations*. Human Resource Review, Vol. 1, 1, p. 61-98
- Meyer, J. P., Allen, N. J. (1997). *Commitment in the Workplace. Theory, Research, and Application*. USA: Sage
- Meyer, J., Stanley, D., Herscovitch, L. & Topolnytsky, L. (2002). *Affective, continuance, and normative commitment to the organization: a meta-analysis of antecedents, correlates, and consequences*. Journal of Vocational Behavior, 20-52
- Mowday, R., Porter, L. & Steers, R. (1979). The measurement of organizational commitment. Journal of Vocational Behavior, 14, 224-247
- Mowday, R. T., Porter, L. W., & Steers, R. (1982). Organizational linkages: The psychology of commitment, absenteeism, and turnover. San Diego, CA: Academic Press
- Neininger, A., Willenbrock, N., Kauffeld, S. & Henschel, A. (2010). Effects of team and organizational commitment – a longitudinal study. *Journal of Vocational Behavior*, 76, 567-579.
- OPSS – Sistema de saúde português: riscos e incertezas: relatório da Primavera 2008. Coimbra: Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC), 2008
- O'Reilly, C. & Chatman, J. (1986). *Organizational commitment and psychological attachment: the effects of compliance, identification and internalization on prosocial behavior*. Journal of Applied Psychology, 71(3), 492-499
- Pierce, J. & Dunham, R. (1987). Organizational commitment: pre-employment propensity and initial work experiences. *Journal of Management*, 13 (1), 163-178.
- Polit, D. F.; Beck, C. T.; Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem – métodos, avaliação e utilização*. 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed.
- Porter, L., Steers, R., Mowday, R. & Boulian, P. (1974). *Organizational commitment, job satisfaction, and turnover among psychiatric technicians*. Journal of Applied Psychology, 59, 603-609

- Rego, A. (2002b). *Empenhamento organizacional: Factor de competitividade e/ou engenharia social?* In *Competitividade através das pessoas* (pp. 7-23). Lisboa: RH Editora
- Rego, A., Pina e Cunha, M. & Souto, S. (2005). *Espiritualidade nas organizações e empenhamento organizacional: um estudo empírico*, Documentos de trabalho em Gestão, Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial, Universidade de Aveiro
- Rego, A., Pina e Cunha, M. & Souto, S. (2006). *Workplace spirituality climate, commitment and performance: an empirical study*, Documentos de trabalho em Gestão, Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial, Universidade de Aveiro
- Reichers, A. (1985). *A review and reconceptualization of organizational commitment*. *Academy of Management Review*, 10, 465-476
- Salancick, G. (1979). *Commitment and the control of organizational behaviour and belief*. In R. Steers & L. Porter (Eds), *Motivation and work behaviour* (p. 318-325). Japan: McGraw-Hill
- Sakellarides, C. (2004). *Incertezas: Gestão da mudança em saúde. Relatório de Primavera 2004*. Lisboa: OPSS
- Somers, M. (2009). The combined influence of affective, continuance and normative commitment on employee withdrawal. *Journal of Vocational Behavior*, 74, 75-81.
- Sousa, M. J., Baptista, C. S. (2011). *Como Fazer Investigação, Dissertações, Teses e Relatórios*. Lisboa: Pactor
- Swales, S. (2000). *Organizational commitment: searching for the Holy Grail of HRM*. *Comportamento Organizacional e Gestão*, 6 (2), p. 199-212
- Sturges, J. & Guest, D. (2001). *Don't leave me this way! A qualitative study of influences on the organizational commitment and turnover intentions of graduates early in their career*. *British Journal of Guidance & Counseling*, 29 (4), 447-462
- Tavares, S. (2001). *Vinculação dos indivíduos às organizações*. In J. Ferreira, J. Neves, A. Caetano (Eds.), *Manual de Psicossociologia das Organizações* (p. 307-333). Lisboa: McGraw-Hill

Van Steenbergen, E. & Ellemers, N. (2009). Feeling committed to work: how specific forms of work-commitment predict work behavior and performance over time. *Human Performance*, 22 (5), 410-431

Anexos

ANEXO I – GUIÃO DA ENTREVISTA

Nos últimos anos, os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, têm sido cada vez mais recrutados para funções não clínicas dentro das instituições hospitalares, assumindo funções que não as de cuidados assistenciais diretos aos utentes. São exemplos as Comissões de Controlo de Infecção, as Equipas de Gestão de Altas, os Grupos da Qualidade, os Auditores de Registos, etc.

A gestão dos recursos humanos terá que ter em conta uma multiplicidade de fatores, de forma a garantir que os profissionais possam ser alocados às diferentes funções sem comprometer a eficiência da organização e consequentemente a qualidade dos cuidados prestados aos utentes, não perdendo de vista as ambições pessoais de cada um dos seus colaboradores, tentando assim contribuir para o aumento dos seus níveis de motivação.

Num momento em que os recursos financeiros são escassos, impõe-se a necessidade de obter conhecimento que possa auxiliar os decisores numa gestão rigorosa e eficiente, objetivando uma melhor rentabilização dos recursos disponíveis, o que poderá representar ganhos simultaneamente para os profissionais, para as instituições e para os utentes.

O meu objetivo é estudar especificamente a gestão da vertente não clínica das funções dos enfermeiros, uma área cada vez mais preponderante dentro das estruturas hospitalares.

Questões

1. Porque veio trabalhar para esta organização?
2. Porque continua cá a trabalhar (razões de permanência na organização)?
3. Relativamente às suas funções no (a) (...), porque é que acha que o escolheram para desempenhar essas mesmas funções?
4. Porque aceitou desempenhá-las?
5. Qual o seu grau de empenho nessas funções?
 - a. Porquê?
6. Recebe alguma compensação por exercer essas funções?
 - a. Se sim, qual?

7. Qual o seu grau de empenho nessas funções?
 - a. Porquê?
8. Considera que se dedica a essas funções da mesma forma que se empenha (ou empenharia) na prestação direta de cuidados aos utentes?
 - a. Porquê? (mais, menos, sente que está a fazer trabalho enfermeiro, ou que não faz parte das suas competências?)
9. Numa escala de 0 a 10, e comparando os dois tipos de funções, quanto gosta das suas funções clínicas (prestação de cuidados ao utente)?
10. Numa escala de 0 a 10, e comparando os dois tipos de funções, quanto considera que se empenha nas suas funções clínicas?
11. Numa escala de 0 a 10, e comparando os dois tipos de funções, quanto gosta das suas funções não clínicas?
12. Numa escala de 0 a 10, e comparando os dois tipos de funções, quanto considera que se empenha nas suas funções não clínicas?
13. Sente que poderia empenhar-se mais nessas funções, que poderia fazer melhor?
 - a. O que poderia fazer com que se empenhasse mais?
14. Considera que lhe dão as condições de trabalho necessárias para o desempenho dessas funções?
15. Sente que é devidamente recompensado por essas funções?
16. Qual seria a recompensa justa para o desempenho dessas funções?
17. Se fosse possível, gostaria de se dedicar exclusivamente às suas funções não clínicas?
18. Gostaria de abandonar as suas funções não clínicas e dedicar-se exclusivamente à prestação de cuidados diretos ao utente?
 - a. Porquê?

ANEXO II – TABELAS RESUMO DAS ENTREVISTAS

1.1.1. Área temática 1- Ligação à organização

Categoria:	Ida para a organização
Subcategoria	Proximidade
E1	Proximidade à organização. Foi a primeira escolha. Tinha outras possibilidades mas escolhi trabalhar lá.
E3	Por proximidade, por conveniência. (...) Na altura eu fui para Famalicão, não vim logo para cá porque não tinha vaga. Já cá estava a Enfª X e logo que eu tivesse a oportunidade vinha para cá. Passados uns tempos vim.
E6	(...) porque era a proposta que me agradava mais em questões de distância ao domicílio, estava mais perto de casa.
E7	(...) era perto de casa (...) e foi para onde eu quis vir.
E8	Na altura foi por ser próximo da área de residência, foi o principal motivo (...).
E9	Pela proximidade.
E10	Primeiro porque era mais perto de casa e porque acabei por arranjar emprego. Tinha oportunidade de ir para outros sítios mas acabei por ficar aqui por ser mais perto.
E12	Porque na altura quando acabei o curso queria ficar num hospital que fosse perto de casa e então concorri para aqui e fiquei.
E13	Na altura porque queria ficar a trabalhar o mais perto de casa possível, isso sempre foi muito importante para mim (...) e como naquela altura não havia problema para arranjar trabalho, eu concorri para aqui e fiquei logo.
Subcategoria	Falta de alternativas
E2	Vim para a instituição na altura em que acabei o curso, por falta de alternativa. Na altura queria ter ficado no Porto, mas não houve essa oportunidade.
E5	Na altura foi coincidência, vim procurar emprego e foi onde consegui entrar. Não houve assim nenhuma razão, ou porque queria vir para este hospital ou porque era onde eu queria trabalhar. Na altura foi onde arranjei trabalho.
E6	Inicialmente porque na altura que eu terminei o meu curso não havia grande oferta, já foi uma altura em que possa dizer que tive várias opções e que escolhi este hospital porque não foi nada disso, mas porque foi a 1ª proposta (...).
Subcategoria	Comodidade
E8	(...) por comodidade. Na altura que comecei a trabalhar facilmente conseguia escolher o local de trabalho, era fácil

	escolher o hospital.
Subcategoria	Conveniência
E3	(...) por conveniência.
Subcategoria	Gostar
E4	Porque fiz grande parte dos estágios da minha licenciatura aqui e gosto deste hospital e por isso foi um dos hospitais que eu concorri para trabalhar e quando fui chamada fiquei contente porque gostava.
E6	E também já tinha trabalhado (em estágio) cá e tinha gostado de cá trabalhar.
E7	(...) era onde eu tinha feito o estágio de integração e foi para onde eu quis vir.
Subcategoria	Tipo de contrato
E9	E depois porque vim para o quadro da função pública.
E11	(...) por causa da carreira, da progressão, aquelas coisas (...).

Categoria:	Permanência na organização
Subcategoria	Proximidade
E2	A partir daí deixei-me estar por uma questão de comodidade, proximidade de casa. Na altura a minha avó precisava de apoio.
E3	Para mim a família esteve sempre em primeiro lugar e a questão da proximidade e do transporte faz toda a diferença.
E6	Mantenho-me cá porque pela proximidade (...).
E12	(...) ficar perto de tudo (...).
E13	Primeiro, como já disse, por ser perto de casa (...).
Subcategoria	Falta de alternativas
E4	(...) então decidi ficar por cá até um dia surgir alguma oportunidade noutra unidade hospitalar ou aqui para no fundo usar mais os meus conhecimentos, se calhar aí nessa altura vou optar por outro caminho, mas para já e dada a conjectura de hoje em dia... não há vagas para enfermeiros especialistas (...)

E8	(...) e quando comecei de certa forma a ficar cansada e a pensar que se calhar era bom mudar foi quando a situação começou a complicar para nós e não era tão fácil assim mudar de unidade de saúde. Mesmo ponderei aquela questão do centro de saúde mas fui deixando andar e agora é praticamente impossível.
E11	Sinceramente, porque não consigo transferência para outro lado. (...) Mas neste momento continuo cá porque não consigo transferência para outra instituição pública. Porque neste momento eu gostava muito de estar a trabalhar no S. João ou no Stº António.
E13	Agora nem que quisesse ir, não era nada fácil. Bem nesse aspeto tenho a vida facilitada não tenho muito para onde ir, não há alternativas, vamos ver se consigo manter este lugar que não é mau (...)
Subcategoria	Comodidade
E2	Depois também não tentei trocar, porque efetivamente estava bem em termos gerais. Comodidade e estar aqui, não tive essa necessidade de mudar.
E3	É meramente por comodidade. Comigo é assim, gosto muito de trabalhar, gosto daquilo que faço mas a família está em primeiro lugar. Tanto o horário fixo, por exemplo, eu trabalhei no Centro Saúde em Negrelos, meio tempo e deixei na altura em que fiquei grávida.
E6	Não houve nada que justificasse mudar o meu posto de trabalho. Portanto trata-se de comodidade e de gostar.
E8	Se calhar na mesma por comodidade, não é que já não tivesse pensado em mudar para outro hospital, mas essencialmente por questões pessoais, familiares, enquanto elas foram pequenas dava jeito estar perto de casa dos pais, dos sogros, essas coisas (...).
E12	Também se calhar por tudo, porque já conheço as pessoas, já conheço o hospital e também pela comodidade (...).
Subcategoria	Gostar
E1	Porque gosto de trabalhar lá, gosto do serviço onde trabalho. Quando acabei o curso, era uma área onde gostava de trabalhar e gosto de estar lá.
E2	Sim. Eu depois fiquei a gostar. Agora também não me imagino, quer dizer, se tiver que trocar, troco. Depois também não tentei trocar, porque efetivamente estava bem em termos gerais.
E4	É assim eu gosto (...).
E5	Primeiro porque é um hospital pequeno e naquela altura convenci-me que se calhar a maneira de trabalhar, apesar de não ter tantas especialidades, nós acabamos por ter imensas experiências no mesmo serviço.

E6	(...) e também gosto de cá trabalhar
E7	Porque gosto do serviço, gosto do trabalho que faço, gosto da equipa, gosto de estar aqui. É mesmo porque gosto do trabalho (...).
E8	Acaba por ser aqui a nossa segunda casa. Vamos criando aqui ligações com as pessoas, com o hospital em si, com a organização em si. É evidente que depois também isto é parte da nossa imagem e daquilo que nós representamos e acho que no dia-a-dia também me preocupo com isso. Também não é fácil deixar assim. A gente acaba por criar alguma ligação com a empresa.
E10	É assim, apesar de tudo eu gosto do que faço (...) E nos últimos anos eu tenho estado no mesmo serviço. No fundo, o facto de eu ter feito a especialidade, acabou por me deixar ainda mais ligada à medicina e é uma área que eu gosto. É um bocado por aí. Agora não tem a ver com a questão da comodidade por ser perto, porque agora acaba por nem sequer se por tanto essa questão, é diferente. É mais porque até gosto daquilo que faço.
E12	Entretanto acabei o contrato e fui para outras instituições, só que eu gostava de trabalhar cá, gostei de estar cá e tentei vir para cá outra vez.
E13	(...) depois porque gosto, quando vim para cá fui bem recebida, gostava muito da equipa, entretanto já não estou no mesmo serviço, mas continuo a gostar de cá estar. Gosto do hospital. Conheço toda a gente... já pensei em ir para o centro de saúde, mas na verdade o que eu sempre quis e sempre gostei foi dos cuidados hospitalares.
Subcategoria	Estabilidade contratual
E5	Desde que estou no hospital nunca procurei mais nenhum emprego. Já tive propostas para ir para o estrangeiro se quisesse mas a estabilidade que eu tenho aqui não me motiva a sair.
Subcategoria	Motivos financeiros
E6	(...) financeiramente isso tem cada vez mais importância, porque trabalhar num sítio que implique deslocações maiores, os gastos também são maiores
Subcategoria	Perda de investimentos na organização
E13	(...) e depois se calhar a nível de contratos em comparação com outras instituições, a estabilidade contratual, é isso que me motiva mais a continuar aqui. Desde que estou no hospital nunca procurei mais nenhum emprego. Já tive propostas para ir para o estrangeiro se quisesse mas a estabilidade que eu tenho aqui não me motiva a sair.

1.1.2. Área temática 2- Expetativas para o desempenho de funções não clínicas;

Categoria	Perceção dos critérios de seleção para a função não clínica
Subcategoria	Experiência
E1	Eu acho que me escolheram por já ter alguma experiência no serviço (...).
E9	E eu penso que foi por aí, pelo tempo e pela experiência que tinha.
E10	Não sei muito bem, acho que tem a ver com o facto de ter alguma experiência profissional (...).
E11	Pela experiência e por aquilo que foi demonstrado.
E13	(...) pela experiência (...).
Subcategoria	Antiguidade
E1	(...) já era das mais velhas do serviço, por questões de antiguidade (...).
E9	Eu acho que um bocadinho também pela quantidade de anos que eu estou aqui. Eu já estou aqui há muitos anos. Quando o sistema foi aqui introduzido eu já estava cá. Eu quando estava em Famalicão estavam a iniciar o processo todo mas não tive contacto nenhum com essa fase a não ser, era objecto de cronometragem, quando picava, quando fazia um penso, ainda estava nessa fase, a fazer o estudo (...).
E10	(...) uma vez que já cá estou há alguns anos (...).
E12	Eu penso que terá sido pela, por estar cá há mais tempo que as outras colegas (...).
E13	Bem... penso que pela antiguidade (risos) (...).
Subcategoria	Gostar
E1	(...) e porque gosto dessa área.
E10	(...) e pelo facto de ser o grupo dos direitos e necessidades porque é uma área que me preocupa, porque acho que a equipa reconhece que isso acaba por ser uma das coisas que me preocupa no dia-a-dia.
Subcategoria	Voluntária (não foi escolhida)
E2	Não me escolheram (...) Na altura a colega que estava já tinha muitas funções e a chefe perguntou se alguém queria ir e eu fui. Mas não foi a mim que ela escolheu. Na altura perguntou se alguém queria e como tinha tempo disponível, voluntariei-me.

Subcategoria	Personalidade
E3	Não sei... a forma de estar.
E7	(...) porque neste caso a Enfª chefe achou que eu era responsável e que viu em mim um bom elemento para isso, que tinha perfil para essa função.
E9	(...) no feitio não sou assim tão reivindicativa nem tão acelerada no processo nem contra o processo. (...) Acho que a escolha tenha sido um bocadinho por aí, pela minha maneira de ser e de mostrar que não sou tão reivindicativa contra tudo e contra todos, porque nestes processos todos há muito a aprender.
E13	(...) pelo perfil (...) Sou uma pessoa calma, ponderada (...)
Subcategoria	Empenhamento
E3	Eu naquilo que entro empenho-me nisso, tento fazer melhor.
E13	(...) e penso também pelo empenho que tenho demonstrado noutras ocasiões.
Subcategoria	Recusa de outros
E4	É assim, eu já sou a terceira opção no serviço! Eu na altura, logo que surgiu isto era uma coisa que eu gostava até porque na especialidade fiz tive um estágio só na CCI e estagiei na CCI de Guimarães e na altura a aCCI daqui estava a começar a surgir e eu lá no estágio aprendi muita coisa e foi uma área que eu gostei. Na altura não fui escolhida como 1ª opção, tive que aceitar como é lógico. Entretanto as 2 colegas que estiveram desistiram e sugeriu-me (a Enfª Z) como a pessoa mais indicada uma vez que era a pessoa do serviço que tinha formação nessa área e eu aceitei e é uma área que eu gosto.
Subcategoria	Formação
E4	(...) na especialidade fiz tive um estágio só na CCI e estagiei na CCI de Guimarães e na altura a aCCI daqui estava a começar a surgir e eu lá no estágio aprendi muita coisa e foi uma área que eu gostei.
E6	(...) mas se calhar a formação que eu acabei por fazer também deve ter pesado um bocadinho. Não é que a formação seja directamente relacionada, mas não deixa de ser feito um investimento em formação (...).
E8	Na altura eu fui escolhida porque tinha tirado o CAP, foi numa altura em que estava a precisar de dinamizar um bocadinho, tinha sentido necessidade de me actualizar um bocadinho e nessa altura a formação era uma coisa que estava a dar, não em contexto aqui no hospital, mas fora, e então decidi tirar o CAP e então por esse motivo é que fui escolhida. A cci faz muita formação em sala e o facto de termos algum conhecimento de estratégias a nível pedagógico e de estar com as pessoas e de poder transmitir a informação de forma diferente e escolher outro tipo

	de técnicas, todo essa bagagem acharam que podia ser uma mais-valia para a formação que é feita pela CCI e foi por esse motivo que eu fui escolhida em detrimento de outras pessoas. Porque tinha essa formação e outros não.
E12	(...) e também se calhar por ter formação em termos de ... académica melhor do que outras colegas. Penso que foi por isso.
E13	Penso que também pelo facto de ter formação (especialidade).
Subcategoria	Disponibilidade “fora de horas”
E5	Na altura quando foi a EGA foi uma da chefe que disse que queria que eu participasse, talvez pela disponibilidade que eu tenho, trabalhar para o hospital fora das minhas horas, porque de início não tinha horas para isso.
Subcategoria	Colaboração em projetos anteriores
E6	(...) mas eu penso que tenho colaborado quando o serviço precisa de outras funções para além da prestação direta de cuidados, se calhar passa também por aí (...)
Subcategoria	Aleatório
E6	(...) e se calhar também é um bocadinho aleatório.
Subcategoria	Competências/Capacidades
E11	É assim, quando eu fui substituir a chefe, inicialmente ajudar e depois substituir, eu tive avaliação de desempenho pouquíssimo depois, e ela salientou nessa altura que nunca pensou ver alguém tão novo ocupar o lugar dela tão bem. (...) reconhecer a capacidade de gestão, mesmo sem ter grande formação em gestão, foi basicamente por aí. Pela experiência e por aquilo que foi demonstrado.

Categoria	Motivos para aceitar convite para função não clínica
Subcategoria	Gostar
E1	Porque gosto dessa área. É uma área que me interessa.
E4	(...) e eu aceitei e é uma área que eu gosto. Mesmo em termos de apresentações, de fazer trabalhos nesse sentido... formações é uma área que eu gosto e faço as coisas... porque muitas vezes acaba por ser trabalho de casa, porque a gente aqui não tem muito tempo. Mas eu faço as coisas em casa e com vontade porque é uma coisa que eu gosto (...).
E6	Aceitei porque (...) gosto desse tipo de funções, não só da prestação de cuidados, mas de tudo que de alguma forma, nem que seja de uma forma indirecta possa melhorar essa prestação (...)
E7	Porque achei interessante (...) e achei que era um tema interessante para eu aprofundar mais acerca desse tema.
E10	Por um lado porque tem mesmo a ver com facto de eu gostar (...) e principalmente por ser uma área que me interessava.
E11	(...) vale a pena porque depois tu pensas que tens o conhecimento que não tens noutros sítios e acabas por te envolveres. Se tu realmente gostares da área de controlo de infecção, é espectacular. Eu acho que a CCI é uma mais-valia para o hospital.
Subcategoria	Diferentes experiências
E2	Na altura não sabia bem o que aquilo era, mas achei que podia ser alguma experiência diferente. Foi por causa disso.
E7	(...) eu trabalho noutros sítios e aqui nem tanto, mas trabalho noutros sítios e achei que aquilo me ia dar outras oportunidades
E8	E eu aceitei porque já que não estava a ter proveito fora daqui ao menos aqui podia ir treinando e aproveitando aquilo que aprendi (CAP).
E9	Ora é um desafio, é uma coisa diferente e acho que estava ao meu alcance.
E10	(...) por outro lado porque no fundo é a motivação de fazer coisas diferentes, acaba também por ser isso. Acaba por ser um desafio. São coisas diferentes. Acaba por sair um bocadinho da rotina, do que se costuma fazer, de ser diferente, de ser uma nova experiência (...)
E12	(...) e também porque é uma mais-valia e porque aprendemos sempre alguma coisa de novo (...).
E13	Primeiro pela curiosidade de ver o que isto era, ouvia-se na altura falar que o hospital ia sofrer um processo de acreditação e quando a chefe me falou neste grupo eu imediatamente aceitei até por essa possibilidade de estar de alguma forma envolvida no processo e aprender coisas novas. Depois porque também era mais um desafio para mim em termos profissionais (...)
Subcategoria	Tipo de horário
E3	Pelo horário fixo! Tive receio da Enfª Y sair e eu perder o horário fixo no serviço.
Subcategoria	Dar um contributo à instituição

E5	Na altura porque era um contributo que eu poderia dar à instituição independentemente de eu poder receber alguma coisa ou não, pensei que seria uma mais valia trabalhar nesse sentido.
E6	(...) e gosto de contribuir de alguma forma com aquilo que sei para aquilo que vamos tendo no serviço.
Subcategoria	Mais-valia curricular
E7	(...) e além de fazer mais currículo (...)
E12	(...) e porque eu penso que é importante para o nosso currículo profissional pertencer a alguns grupos de trabalho. Por isso é que eu aceitei logo.
Subcategoria	O chefe pediu
E12	Aceitei porque eu penso que ao sermos convidados para alguma coisa devemos aceitar (...).
E13	(...) e também por consideração à chefe que pensou em mim para a função. Foi por isso.

1.1.3. Área temática 3- Empenhamento

Categoria	Recebe alguma recompensa pela função
Subcategoria	Sim
E8	Eu sinto-me recompensada porque eu acho que apesar de tudo os meus pares, colegas reconhecem o meu trabalho. Nunca senti nenhum desconforto por parte da equipa por eu ter essas funções, por me darem o dia... Reconhecem o trabalho e utilizam essa competência e aceitam e reconhecem como válido e isso é bom, as pessoas confiarem em ti, numa coisa que é nova que as pessoas não dominam e levarem em conta aquilo que tu transmites isso é bom. Reconhecem-te competência e autoridade.
E12	Recebo. (...) Conhecer outras pessoas e partilhar experiências. Por exemplo em Famalicão eu vou às reuniões, porque sou a única que sou daqui de Santo Tirso, e no fundo é isso. E o reconhecimento das pessoas às vezes...
Subcategoria	Não
E1	Não! Zero! Nada!
E2	Não! Zero!
E3	Nunca me propuseram tal coisa. Ninguém é devidamente recompensado e eu estou nesse grupo.
E4	Não. A única coisa que temos é uma manhã dedicada para isso. Por assim dizer acaba por ser uma manhã de trabalho mais calma no sentido de não ser trabalho de esforço físico, mas também normalmente são bem precisas porque mesmo assim muita coisa tem que ser feita em casa. Às vezes apresentações e tudo não dá para fazer tudo numa manhã. Até porque nessa manhã há sempre auditorias para fazer... e é uma manhã por mês...
E5	Não, nada.
E6	Não. Muito pelo contrário.
E7	Não. A compensação que tenho é o reconhecimento. De resto não recebo mais nada.
E9	Não. Pagam-me as horas que eu gasto para fazer as auditorias. Pagam-nos as horas que gastamos. 1 turno por mês. Quando foi a aprendizagem é que foi mais.
E10	Não. Só o turno. Compensação é eu comigo própria (risos). É uma motivação minha.
E11	Não, de todo. Temos 7h para a CCI de horário e 7h para a Qualidade. Por mês. No fundo está incluído no meu horário de trabalho. Não é bom, mas pelo menos já é alguma coisa.

E13	Não. Apenas tenho 7h do meu horário de trabalho mensal para dedicar a estas funções da qualidade enquanto durar o processo de acreditação do hospital ou até haver ordem em contrário. Essas horas são para o dia da reunião.
-----	---

Categoria	Deve haver recompensa para quem desempenha essas funções
Subcategoria	Sim
E2	Sim.
E3	É. E acho mesmo, isso até acho mesmo(...)
E4	Sim, porque eu acho que aquilo que faço é importante para o serviço, mesmo a nível das formações, são extremamente importantes, mesmo a nível hospitalar há muitos serviços e há que olhar para a especificidade de cada serviço... e mesmo antes da formação nós irmos pesquisar o que é que se está a fazer ao nível daquela área e perceber onde é que estão as falhas e conseguirmos incidir naqueles aspectos onde há mais dúvidas e tornar-se mais eficazes
E5	De alguma forma devia haver distinção, por causa da responsabilidade, porque quem está na EGA é que assume a responsabilidade por uma quantidade de doentes ou por aquilo que escreve no aplicativo e a responsabilidade também deve ser recompensada.
E6	Agora atendendo a que tenho que utilizar o meu tempo pessoal para o desempenho dessas funções, acho que então deveria haver uma compensação (...)
E10	Se calhar sim.
E13	Relativamente a estas funções, acho que deveria haver algum tipo de incentivo para os colaboradores que estão a colaborar ativamente com o projeto, e friso ativamente, não é para aqueles que nem sequer lá põem os pés.
Subcategoria	Não
E1	Bastava dar-nos mais opções de trabalho, mais oportunidade para fazer as nossas coisas, outras condições. Como para mim já é gratificante o poder trabalhar naquilo e ter resultado (...) Para mim isso já é muito bom.
E7	Não, não acho. Acho que só o facto de ter sido escolhida para isso já é uma diferenciação, porque a chefe neste caso achou que eu era um bom elemento.
E8	Quando muito deveria ser mais tempo (...)
E11	Não. O que eu acho, e já tenho dito, nomeadamente à minha chefe, é que mesmo aquelas pessoas que provavelmente para ela não têm tanto perfil para encaixar estes grupos, deviam ser convidadas a participar neles, porque muitas vezes as pessoas sentem-se desvalorizadas porque ninguém lhes dá oportunidade de provar aquilo

	que valem.
E12	Honestamente penso que não. Porque há coisas que devemos fazer por interesse próprio e não por querermos sobressair no grupo e era o que ia acontecer: desvalorizar os colegas. E penso que não é tanto isso que está em causa. É uma mais-valia pessoal.
Subcategoria	Não sei
E9	Eu de facto não sei, por que por exemplo quando os médicos estavam a fazer os Kapas de cada cirurgia eles eram remunerados de maneira diferente, acho eu que era assim... Mas isso claro que nunca me passou pela cabeça, nunca tinha pensado nisso. Nunca nos dão nada assim. Eu acho que o facto de me darem o tempo e fica no meu currículo e fica na minha valorização já é aceitável.

Categoria	Recompensa justa para o desempenho dessas funções
Subcategoria	Incentivos económicos
E2	Justa, justa seria em termos económicos, isso é que seria justo. Todas as pessoas que trabalham e têm funções extra são pagas por isso. Pelo menos nas empresas é assim.
E3	acho mesmo, isso até acho mesmo pelos próprios colegas: acho que vêm todos os cargos que não são assistência direta ao doente como não é trabalho (...) continua a contar o nº de cirurgias que são feitas, o nº de pensos que são feitos, o nº de medicação que é dada, nºs, nºs... e isto como é prevenção, acham que a prevenção está sempre em último lugar. Só se preocupam com o que dá lucro, mas é lucro imediato, porque a CCI também dá lucro mas a longo prazo.
E4	Por isso eu acho que se houvesse mais reconhecimento... já não falando da parte monetária (risos) que já ninguém está à espera, mas se pelo menos se sabem que não há possibilidade desse reconhecimento (...)
E5	Se calhar uma questão monetária... (...) Sim, porque o que poderia mais ser? Não há muitas alternativas (...)
E6	Agora atendendo a que tenho que utilizar o meu tempo pessoal para o desempenho dessas funções, acho que então deveria haver uma compensação financeira, mas compreendo que pelo momento actual que vivemos isso é inconcebível.
E10	E claro que se a nível monetário pudesse haver um incentivo, acho que sim. Vamos imaginar, as pessoas até nem tinham mais folgas mas tinham um incentivo, acabava por compensar.
E13	Por exemplo um dia de férias extra, sei lá. Um mimo, uma recompensa.
Subcategoria	Tempo
E1	Ora bem, se tivesse mais tempo (...) Bastava dar-nos mais opções de trabalho, mais oportunidade para fazer as

	nossas coisas, outras condições.
E4	Dar mais tempo. (...) Apesar de eu por exemplo já me sentia contente se me reconhecessem mais e se me dessem mais tempo. Por exemplo, dão-nos aquela manhã e parece que estamos a roubar qualquer coisa, parece que “o que é esta veio para aqui fazer?”. Mesmo pelas colegas que vêm no horário e dizem “porque é que ela tem esta manhã?”, isso deixa-nos tristes. Muitas vezes estou em casa a preparar estas apresentações porque estou a treinar para vir apresentar e estou no serviço (...).
E6	Já que estamos a falar de motivação acho importante neste tipo de situações haver igualdade de condições para toda a gente, por ex eu vou para o grupo nas minhas folgas, não tenho mais folgas por causa disso e contam apenas as horas estritamente necessárias à permanência no hospital, enquanto no meu grupo há pessoas que têm 7h daquele dia de tabalho para trabalhar na qualidade, portanto estão destacadas naquele dia para, enquanto eu perco a folga... Todo o trabalho de casa não é contabilizado de forma nenhuma. Por isso eu acho que isso é importante em termos de motivação. Eu vou para o grupo de trabalho e tenho um esforço muito maior do que outros colegas que lá estão e o empenho naturalmente também será diferente. (...) Para mim seria suficiente disponibilizar tempo.
E7	Desde que faça parte do meu horário de trabalho (...)
E8	Quando muito deveria ser mais tempo, se calhar isso acaba por se traduzir em dinheiro, mas essencialmente melhorassem as condições de trabalho e me dessem tempo de serviço para desempenhar as funções já seria uma recompensa justa.
E9	Pelo menos já não estar a fazer isto nas minhas horas, darem-me esse tempo, acho que chega. Olhando ao contexto...
E10	(...) quanto mais não seja, em termos de disponibilidade de horário, porque eu vejo que há colegas que não têm disponibilidade de horário e isso complica muito mais.
Subcategoria	Formação gratuita
E7	(...) e que as formações sejam gratuitas, já que estamos no grupo, e tem acontecido e as formações têm sido gratuitas, basta isso.

1.1.4. Área temática 4- Gestão de expectativas futuras

	Como descreve o empenhamento à função	Comparação com as funções clínicas
E1	Já me empenhei mais; Não temos tido reuniões, nem directrizes para o trabalho...;	É diferente; Da mesma forma que me empenho nos cuidados aos utentes, mas em níveis diferentes, porque é cuidados diretos, ali é trabalho. Satisfazem-me os dois;
E2	Faço aquilo que me é pedido; Achei que até fosse ficar mais motivada; Até nem tem tanto interesse quanto isso; Ainda não percebi muito bem até que ponto estamos a atingir o objetivo;	É diferente, a dedicação é diferente; No fundo lá só faço aquilo que me é pedido; Aquilo é praticamente trabalho de escritório;
E3	Na CCI empenho-me de igual forma (como inicialmente); Nas auditorias já me empenhei mais; Acaba por desmotivar um pouco; Aliás os auditores já acabaram por pedir todos para sair; Acaba por ser muitos anos, não há formação (...) reuniões muito poucas; E não ver o resultado daquilo que fazemos;	NA
E4	Eu acho que me empenho muito; Eu não vou fazer só aquilo que está protocolado ou que nos é dito no início do ano, tento colaborar ao máximo e acho que me empenho bastante;	Eu gosto de fazer aquilo que é bem feito e por isso dá-me gosto trabalhar e penso que em relação à CCI é igual; Gosto tanto de uma coisa como de outra e empenho-me igual; Apesar de que às vezes (no serviço) faço uma coisa e no turno seguinte fazem de outra maneira (...) eu fico um bocado frustrada (...) na CCI é diferente (...) vejo mais resultados;
E5	Poderia ser mais; Não é a que tínhamos no início;	Empenho-me mais na prestação de cuidados ao doente; Pertencer a esses grupos estou menos motivada que na

		prestação de cuidados;
E6	Neste momento não tenho um nível de empenho muito grande;	Aquilo em que eu me esforço mais é na prestação de cuidados ; Tento fazer o melhor que sei (...) mas acho que a motivação é diferente (...) não há aquela compensação direta; Também pelo meu gosto pessoal; Prefiro estar na prestação direta de cuidados;
E7	Razoável, mais ou menos; Acho que me podia empenhar mais; Não estou a empenhar-me ao máximo;	Dedico-me mais aos cuidados diretos ao doente. Muito mais. Apesar daquilo ser uma mais valia (...) gosto mais de estar com o doente;
E8	Já foi mais; Agora estou lá até um bocadinho por estar; Não estou motivada;	(...) contudo eu em tudo o que aceito fazer dedico-me inteiramente; Não sei se será comparável; Acho também que é interessante nós termos outro tipo de tarefas; Eu acho que consigo dizer que gosto e me dedico de igual forma às duas coisas;
E9	Acho que me empenho a 100%; Acho que me empenho o máximo;	(...) acho que é igual;
E10	Já foi mais; (a desilusão) acaba por não se reflectir porque eu sou obrigada a ir buscar energias extra; Mas é preciso mais empenho, mais esforço (...) para compensar;	É diferente, mas acaba por ser mais ou menos a mesma intensidade; Mesmo contrariada (...) acaba por ser mais ou menos o mesmo empenho que eu acabo por ter com os doentes;
E11	Quando entrei era muito. Agora não.	Nos cuidados sou claramente superior. Eles (os utentes) precisam de nós e temos que dar o máximo (...) e eu não sei fazer de outra forma; Na CCI e na Qualidade, quando é para trabalhar é para

		trabalhar (...) mas o extremo não.
E12	No início empenhei-me mais; Agora vou de acordo como vai o grupo; Mas empenho-me. Se é para trabalhar, trabalho;	É igual. Quer goste mais, quer goste menos, o empenho tem que ser o melhor; Uma coisa é empenhar com gosto, outra coisa é empenhar porque quero dar o meu melhor; Mas o empenho em quantidade tem que ser igual;
E13	Empenho-me bastante nessa função; Às vezes considero que não dou tanto como poderia ou deveria dar;	É diferente. Mas posso dizer que me empenho da mesma forma. Não posso dizer que é mais ou é menos;

	Funções Clínicas		Funções Não Clínicas	
	Gostar	Empenhamento	Gostar	Empenhamento
E1	10	10	10	8
E2	9	9	6	6
E3	NA	NA	10	10
E4	9	9	9	9
E5	10	10	6	4
E6	9	8	5	5
E7	9	8	5	5
E8	7	8	6	6
E9	10	10	10	10
E10	9	10	7	8
E11	10	10	8	9
E12	9	9	5	9
E13	9	9	9	9

Categoria	Trabalho de enfermeiro
Subcategoria	Sim
E1	Eu não acho que vai para além das nossas competências de enfermeiro, apenas são um bocadinho mais aprofundados. É uma outra vertente. (...) Acho que estou a fazer trabalho de enfermagem e é preciso ser feito. Só que acho que nem todas as pessoas estão na disponibilidade de o fazer. E são coisas que têm que ser feitas.
E2	Não está desenquadrado... É lógico que cada profissional encara aquilo de acordo com as suas funções, relativamente a cada profissão e às suas necessidades... (...) É lógico que eu encaro aquilo como enfermeira, mas não encaro como um cuidado direto ao doente... Aqui no serviço é totalmente diferente, não tem nada a ver umas funções com as outras.
E3	Claro que sim!
E4	Eu acho que sim porque no fundo é uma área que passa muito pela área de enfermagem. Eu acho que o controlo da infecção, só executando as coisas correctamente e seguindo as normas correctamente é que conseguimos no fundo controlar as infecções e por isso eu acho que faz muito sentido.
E5	Acho que o enf ^o deve fazer parte desses grupos porque quem melhor do que nós numa avaliação física de um doente e que estamos com o doente e sabemos a necessidade do nosso doente, por isso acho que a opinião do enf ^o tem que estar sempre presente.
E6	São funções do enf ^o sem dúvida nenhuma, mas se houvesse uma maior facilitação para o exercício dessas funções, as pessoas empenhavam-se mais. São funções para além das nossas funções da prestação de cuidados e que nós temos que desempenhar na mesma sem dúvida nenhuma mas eu acho que a motivação do meu ponto de vista não é a mesma porque a disponibilização de condições por parte do hospital também não é a mesma.
E7	(...) vejo como trabalho de enf ^o . Faz todo o sentido pertencer a este grupo.
E8	Até agora nunca me pediram nada que fosse para além das minhas funções.
E9	Eu acho que faz todo o sentido. É uma actividade muito ligada à enfermagem, muito ligada ao doente. Tem a ver com os cuidados e o resultado que dá, tudo aquilo é quantificado e é para isso que existe e que deve ser feito por enfermeiros.
E10	Faz parte das funções do enfermeiro. Muitas das coisas que discutimos lá que se formos a pensar são a base dos cuidados de enfermagem
E11	Acho que sim, que é de um enfermeiro. Tanto de um lado como do outro. Pelo menos nas temáticas que temos trabalhado. Se pudermos envolver outros profissionais também é importante, mas eu penso que os enfermeiros têm traços que encaixam perfeitamente nesses perfis que eles requerem, acho que sim. E acho que nós como

	formadores que somos no dia-a-dia, acho que estamos no sítio certo.
E12	Vai de encontro às funções do enfermeiro.
E13	Acho que é trabalho de um enfermeiro sem dúvida. E acho que faz todo o sentido os enfermeiros estarem envolvidos neste tipo de projetos.

Categoria	Possibilidade de aumentar o empenhamento
Subcategoria	Sim
E1	Sim.
E2	Sim (...) Dar mais talvez pudesse.
E3	Sim.
E4	Sim.
E5	Confesso que ainda poderia ser mais, mas se calhar no momento em que nós estamos, com a desmotivação que sentimos no serviço pelas contingências que temos tido, se calhar a motivação que temos hoje não é a que tínhamos no início.
E6	Eu acho que sim, que me poderia empenhar mais.
E7	Acho que me podia empenhar mais (...) Acho que que podia estar mais motivada e empenhar-me mais. Não tou a empenhar-me ao máximo...
E8	Sim.
E9	Sim.
E10	Sim.
E11	Acho que sim.
E12	Acho que sim.
E13	Sim.

Categoria	Fatores que influenciam o empenhamento
Subcategoria	Condições de trabalho
E1	(...) ter outras condições, mais estímulos. Outras condições de trabalho.
E2	Outras condições.

E4	Condições de trabalho, por ex nas M que temos dedicadas para a CCI também não temos um espaço físico. Normalmente eu trago o meu portátil para ter computador para fazer as coisas porque não há condições, por ex na CCI lá em cima há computadores necessários (...) não temos espaço físico para nós.
E8	Mesmo que queiramos trabalhar, não há salas, não há condições, não consegues trabalhar em lado nenhum. Às vezes no final da reunião ficamos ali com um bocado de tempo que poderíamos rentabilizar para fazer trabalhos, não temos. Ou porque a sala é pequena. Porque se estiverem mais de 3 pessoas na sala de CCI já começa a ser muito ruído. Não há de facto condições físicas, material (computadores).
E9	(...) um gabinete onde pudéssemos estar sem sermos interrompidas. Não era preciso mais nada.
E12	Porque por exemplo quando temos que fazer trabalhos ou reuniões temos que andar sempre à procura de sala. Não temos meios disponíveis que são os computadores e quando tem que ser feito fora do horário de trabalho, às vezes temos que nos reunir por nossos meios particulares. Eu penso que devia de haver um sítio próprio que estivesse disponível para nós. E nós andamos quase sempre à procura de salas, à procura de computadores.
E13	E depois nem falo das condições físicas: computador usas o teu, sala vai havendo. Vamo-nos desenrascando. Afinal isto é um hospital, não é uma empresa vulgar...
Subcategoria	Tempo
E1	Ora bem, se tivesse mais tempo (...)
E2	ter tempo para isso do nosso horário (...) Dar mais talvez pudesse, a questão é que eu já faço as 40h semanais aqui no hospital, temos as reuniões que é extra turno e que normalmente tenho que trocar para poder ir. Além do trabalho que tem que se fazer fora, sem incentivo nenhum... É assim, eu faço na mesma, as auditorias faço no meu tempo (...) Se houvesse mais tempo, a motivação Seia outra... Se nós pudéssemos dedicar o nosso horário mesmo, horário de trabalho (...).
E4	(...) aquele turno por mês é pouco para nos dedicarmos a uma área tão importante. (...) Dar mais tempo.
E5	Porque muitas vezes trabalhei em horas minhas sem receber nada (...)
E6	Disponibilizarem-me tempo para eu poder-me dedicar a essas funções e não eu ter que dedicar o meu tempo de casa que é um tempo que é nosso para o desempenho dessas funções. É preciso é tempo, porque é um tipo de trabalho que implica análise de documentos, é um tipo de trabalho que não é possível realizar numa reunião que é o tempo que me é disponibilizado no hospital. É preciso trabalho de casa. Se eu tivesse tempo para aquela função eu podia empenhar-me muito mais.
E8	As condições do serviço são importantes: a questão do tempo. Não haver tempo para fazer as formações e outros tipos de trabalho que têm que ser feitos em horário pessoal.

E10	Bastava horas. É assim as horas era bom. A maior parte é feita não nos dias em que vamos à reunião em que não se avança muito, a maior parte do trabalho é feito em casa. Se nos dessem horas, isso era muito bom, acho que sim. É uma das coisas mais importantes. (...) Até agora tenho tido o horário compatível, mas mais tempo para trabalhar, acho que sim.
E11	Se tu tiveres horas de trabalho dedicadas aquilo, consegues estar concentrada naquilo e demonstrar o teu trabalho. No fundo precisamos de mais tempo. O tempo é importante. E era tempo cá, dentro do hospital. Não era tempo que eles às vezes contabilizam lá fora.
E12	Pelo menos o reconhecimento da instituição em nos reconhecer o tempo, porque não nos empenhamos mais porque dizemos “estamos aqui a gastar do nosso tempo.
E13	Depois precisava de mais tempo para dedicar a isto. Temos pouco tempo atribuído a estas funções, não dá tempo para fazer pesquisa, consultar a experiência de outros hospitais, ver legislação... só se for no nosso tempo pessoal, aliás tem que ser. E isso não está correto. Mas acaba por só dar assim (...)
Subcategoria	Incentivos económicos
E2	É lógico que já nem estamos a falar em incentivos económicos, porque assim toda a gente queria e assim ninguém quer. Incentivos económicos, isso aí já nem se falam. Mas sem dúvida nenhuma que se houvesse incentivos económicos as pessoas estariam mais motivadas.
E3	Ninguém é devidamente recompensado (financeiramente) (...)
E4	(...) já não falando da parte monetária (risos) que já ninguém está à espera, mas se pelo menos se sabem que não há possibilidade desse reconhecimento...
E10	E claro que se a nível monetário pudesse haver um incentivo, acho que sim. Vamos imaginar, as pessoas até nem tinham mais folgas mas tinham um incentivo, acabava por compensar.
Subcategoria	Formação
E3	Aqui o que eu acho que faz falta é formação nesta área. (...) Acaba por ser muitos anos, não há formação. É aquilo que um diz, outro vai dizendo, reuniões muito poucas...
E7	Eu acho que precisávamos de mais formação para depois podermos também formar os restantes colegas, transmitir informação e acho que há muita falta de organização.
Subcategoria	Feedback
E3	Não sei sinceramente (se me reconhecem) (...) em algumas reuniões que nós temos com a administração ou pelo menos com a administração anterior porque com esta ainda não tivemos reunião nenhuma (...)
E4	O único feedback do nosso trabalho é através dos profissionais que ao fazerem as coisas corretamente e depois

	nas formações que reconhecem que foi muito útil. (...) Isso é a nível das reuniões, nomeadamente no início do ano que programamos durante o ano que é que se pretende. (...) A nível do CA não há comunicação nenhuma e a pouca que há é no sentido de questionar porque é que temos aquela M. não sei se nos reconhecem por não saber qual a função do elo de ligação dentro da instituição...
E8	A chefe também reconhece. Mais superior, nunca houve. Nem reconhece, nem deixa de reconhecer, não há feedback. O feedback é no grupo em si, nos relatórios, na mudança de comportamentos, é uma avaliação pessoal...
Subcategoria	Reconhecimento
E4	Eu acho que se houvesse mais... eu acho que no fundo não somos muito valorizados. (...) Eu acho que no fundo não dão o devido valor à importância deste tema (...)
E5	Acho que há pouco reconhecimento quer pela instituição, quer pelas chefias (CA, serviço) há pouco reconhecimento do trabalho que estes profissionais fazem para além do que é a prestação de cuidados. Não estou à espera que as +pessoas venham com agradecimentos, mas a valorização que dão a estas coisas não é a que deveria ser, deveria ser mais. (...) e isso é um fator que transmite que a chefia não valoriza o trabalho que nós fazemos e isso desmotiva-nos como profissionais que fazem outras coisas que não a prestação de cuidados.
E10	Faço muito trabalho fora, muito. Nas minhas horas e depois acho que o trabalho que fazemos, chegamos lá e também não é, já não estou a falar em termos económicos, às vezes não é reconhecido.
E11	E é o reconhecimento (...) Porque senão parece que é sempre para os mesmos. E as pessoas ficam um bocado tristes.
E12	E depois ninguém quer saber, ninguém dá valor". (...) No grupo o que nos têm dito é que as pessoas sabem que trabalhamos fora do horário de trabalho, mas é aquilo que nos dizem, só que devia ser dito ou mais vezes ou numa das reuniões alguém da direcção aparecer e valorizar o nosso trabalho e dizer realmente nós não podemos ceder-vos mais horas mas estamos aqui e reconhecemos que efectivamente vocês dão o vosso melhor e têm que trabalhar fora do vosso horário. Sei lá, pelo menos, a presença, ter uma presença deles.
Subcategoria	Indefinição de objetivos
E6	(...) acho que havia ainda pouca noção daquilo que eram os objectivos específicos, o que é que tínhamos que fazer e acho que andávamos ali muito perdidos.
E12	Uma definição mais clara dos objectivos.
E13	Porque ficamos um bocadinho a navegar sozinhos e isso por vezes faz com que andemos a perder tempo desorientados e sem rumo. E eu gosto de objetivos claros e bem definidos.

Subcategoria	Justiça organizacional
E6	(...) acho importante neste tipo de situações haver igualdade de condições para toda a gente, por ex eu vou para o grupo nas minhas folgas, não tenho mais folgas por causa disso e contam apenas as horas estritamente necessárias à permanência no hospital, enquanto no meu grupo há pessoas que têm 7h daquele dia de trabalho para trabalhar na qualidade, portanto estão destacadas naquele dia para, enquanto eu perco a folga (...) Por isso eu acho que isso é importante em termos de motivação. Eu vou para o grupo de trabalho e tenho um esforço muito maior do que outros colegas que lá estão e o empenho naturalmente também será diferente.
Subcategoria	Liderança do grupo de trabalho
E7	(...) acho que também a liderança desse grupo não é a melhor o que não motiva tanto, é a minha opinião. Acho que a pessoa que está à frente do grupo não nos motiva. Quando nos encontramos as reuniões tornam-se maçadoras e isso é que também me faz estar mais desmotivada.
E13	Provavelmente outra dinâmica de funcionamento do grupo. Penso que o grupo precisava de liderança. Alguém que comandasse as tropas.
Subcategoria	Falta de empenho de outros profissionais
E8	No fundo aqui a motivação acaba por advir dos resultados do teu trabalho daí a minha desmotivação ou não estar tão motivada como estava no início porque comecei cheia de garra a achar que conseguia de facto mudar muita coisa e depois com o tempo começamos a ver que não é tão fácil mudar as coisas e que depois não há empenho de outros grupos profissionais que são importantíssimos o que acaba por servir como fator de desmotivação.
Subcategoria	Sensação de desperdício
E8	E depois também em questões de aquisição de material, ou seja, e até uma coisa que eu considero com alguma gravidade: as pessoas que decidem as compras não têm em conta os pareceres da CCI. A CCI emite o parecer e depois não vale de nada, é uma coisa que acontece com alguma frequência. Um parecer custa dinheiro e depois não é tido em conta. Parece que se brinca. Um absurdo. Não sei se é por ser publico ou não.
E13	Porque senão tenho muitas vezes a sensação de que estou a perder tempo e eu não gosto disso.

Categoria	Desejo de dedicação exclusiva a funções não clínicas
Subcategoria	Não
E1	Não. Nunca abandonaria a prestação de cuidados. Isso é o que eu gosto verdadeiramente.
E2	Não, para já não me sinto preparada para isso.
E3	N.A.

E4	É uma área que eu gosto muito e se calhar até me via a trabalhar nessa área, agora deixar a prestação de cuidados diretos ao utente isso não gostava. Gosto de lidar com o doente e afastar-me do doente e passar para funções exclusivamente eu isso não gostava, fazia-me falta essa parte.
E5	Não, não consigo imaginar deixar de ser enfª de cabeceira, e estar na prestação de cuidados junto dos doentes, só para ter funções porque apesar de nós avaliarmos os doentes temos muita burocracia e há muitos preenchimentos, muitas coisas para resolver e eu não conseguia... Porque gosto mais de enfermagem do que tudo e estudei foi para a prestação, neste momento mesmo não consigo imaginar deixar de estar na prestação de cuidados...
E6	Não.
E7	Não. Para mim a parte do contacto com o doente é o mais importante.
E8	Não. Para mim ainda é importante a prestação de cuidados e entre as duas ainda é a área onde eu gosto mais de trabalhar. E principalmente nesta tarefa, se fosse uma área que me motivasse mais talvez, mas nesta não.
E9	Não! Não chega. Preciso dos cuidados de enfermagem.
E10	Não.
E11	Não, nem pensar.
E12	Não. Poderia por exemplo o meu horário ser ... fosse de maneira diferente, em que uma parte dos dias estaria na qualidade, se me propusessem, mas não queria deixar por definitivo a prestação de cuidados.
E13	A estas da qualidade não. Seria muito cansativo e penso que desmotivador só fazer isto 365 dias por ano. Não me estou a ver sem contactar com os doentes, pelo menos por agora...

Categoria	Desejo de abandono das funções não clínicas
Subcategoria	Sim
E5	Ficava contente. Por muitas intercorrências que tenham acontecido, dificuldades que tenham surgido no GTQ e na EGA, e pela falta de motivação que neste momento não tenho por várias intercorrências, abandonava tanto uma coisa como outra, se pudesse sim.
E8	Sim, aceitava. Não me fazia grande diferença. Se calhar tinha alguma pena de deixar o grupo porque lá está criamos sempre alguma ligação com as pessoas e há pessoas que só vemos naquele dia da reunião, mas não era problemático.
Subcategoria	Não
E1	(...) Se pudesse escolher, preferia manter como está.

E2	Apesar de um pouco desiludida, mantinha as duas funções em paralelo.
E3	Obviamente que não. Gosto muito do que faço na CCI.
E4	Isso também não. É assim, porque no fundo é uma área que eu gosto e acho foi uma conquista apesar de ter sido a terceira escolha. Eu na altura mesmo na minha família houve quem dissesse que eu não deveria aceitar uma vez que era a 3ª tentativa, mas como era uma área confortável aceitei e acho que os meus conhecimentos na área eram uma mais valia para o serviço e para o hospital e por isso decidi aceitar e gosto. Enquanto cá trabalhar e enquanto me quiserem eu continuo.
E6	De todo não sinto essa necessidade de abandonar e dá-me algum gosto pessoal continuar a exercer essas funções. Mas abdicar totalmente da prestação direta de cuidados nunca. Aquilo que me satisfaz mais é a prestação de cuidados, mas se me dissessem hoje deixas o grupo, acho que ficava como estive até agora, não entendia isso de alguma forma como fator de insatisfação para mim.
E7	Não. Também gosto de estar no grupo das feridas, porque se não gostasse tinha recusado, dizia que não estava interessada. Eu gosto, só se me mandarem sair, eu saio... por minha iniciativa, não.
E9	Não, este é um desafio que aceitei e que por vontade própria não saía. Por vontade própria fico. Não estou por má vontade nem, apesar daquele tempo difícil do ALERT, mas vai haver erros, momentos difíceis, mas eu gosto. Eu de facto nunca tive muitos desafios, nunca me propus fazer a especialidade e é uma forma também diferente de eu progredir na minha carreira, é uma forma de motivação, sem dúvida que sim.
E10	Eu preferia como estou; nem só uma coisa nem só outra. Agora se pusessem só qualidade eu não queria. Agora só prestação de cuidados sem qualidade, eu gosto de estar no grupo da qualidade, estou um bocado desiludida, mas no fundo eu gosto.
E11	Não, não. Já pensei. Já pensei pedir transferência de serviço e não faria sentido ficar na CCI e no GQ. Mas depois pensei, não eu estou aqui, vou continuar aqui e reabilitação é que eu gosto. Se eu não estiver no meio dos doentes, eu não vou praticar reabilitação e acho que ainda tenho muito para dar à reabilitação.
E12	Se essa decisão dependesse de mim, certamente eu ia optar por ficar na prestação de cuidados e continuar no GTQ. Se me retirassem sem dizer nada eu ia ficar aborrecida a pensar o porquê, porque afinal a ideia que eu tinha é que as pessoas até achavam que eu me empenhava. Mas se dependesse de mim, continuava como está, não abandonava.
E13	Se pudesse optar manteria as duas funções tal como agora. Tal como disse anteriormente gosto das duas coisas e sinto-me bem a prestar cuidados e a participar em projetos como o da acreditação.